



JOURNAL DE MÉDECINE

DE PARIS

JOURNAL DE MÉDECINE
DE PARIS

(REVUE GÉNÉRALE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE)

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE MM.

T. GALLARD, H. BERGERON & A. LE BLOND

LUTAUD, Rédacteur en chef

PUBLIÉ AVEC LA COLLABORATION DE MM.

BARTHÉLEMY, BLACHE (RÉNÉ) BOURSIER, BROCQ, CELLARD, CHENET, CORDES, CYR (JULES)
DEFFAUX, DEFONTAINE, DEHENNE, DELTHIL, FISSIAUX, GILLET DE GRANDMONT,
GERGUES, GUERDER, PAUL HÉLOT, HOGG, JULLIARD, LEGRAND (MAXIMIN), LE PILEUR,
LORMAND, MAISON, MARCHAL, MARTIN (STANISLAS), MARTINET, OGER,
OLIVIER, H. PICARD, PIOGEY (ÉMILE), REY, G. ROCHER, A. RIZAT, TISSIER (LÉON),
PAUL RODET, THOINOT, VIELLARD, VERMEIL, VERRIER.

VOLUME VII. — JUILLET 1884 A JANVIER 1885.

BUREAU DES PUBLICATIONS DU JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS
25, BOULEVARD HAUSSMANN

1884

3ᵉ Année. — T. VII. N° 1. 5 Juillet 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE CHOLÉRA.

Les résultats de l'enquête de MM. Brouardel et Proust, annoncés dans la dernière séance, étaient impatiemment attendus, aussi l'Académie était-elle au grand complet. Dans un discours d'une grande précision, M. Brouardel a raconté l'épidémie depuis ses débuts.

Le choléra a commencé sur un vieux navire, le *Montebello*, ancré dans la vieille darse qu'il n'a pas quittée depuis la guerre de Crimée et qui sert d'habitation à des marins de la flotte. Deux matelots ont été atteints les 14 et 15 juin ; ils n'avaient pas quitté le bord depuis plus de vingt jours et n'avaient eu aucune communication avec la *Sarthe*, le navire qui venait d'arriver du

FEUILLETON

REVUE MÉDICALE DU MOIS.

— L'Académie de médecine a clos — du moins provisoirement — la discussion sur la locomobilité du cerveau, discussion plus longue que ne le comportait l'intérêt du sujet et qui a même fini par des personnalités assez vives et qu'on ne s'attendait guère à voir surgir de ce débat. Comme il arrive assez souvent dans les discussions académiques, il a été à peu près impossible de rien conclure de bien précis sur le sujet en question, et si l'on rend justice aux expériences ingénieuses de M. Luys, à l'habileté oratoire de M. Béclard, à l'éloquence un peu trop solennelle de M. Sappey, au fond, il restera peu de chose de cette discussion, et la question sera à reprendre plus tard sur des données expérimentales plus rigoureuses.

Tonkin le 7 juin et qui était ancré dans la même darse. Le samedi 19, un lycéen était frappé et succombait en six heures. Ce cas effraya beaucoup la population et le dimanche 22 la mortalité s'élevait au chiffre de 13, à 9 si l'on défalque 4 cas très douteux.

MM. Brouardel et Proust avaient d'abord pensé à une épidémie de choléra sporadique, mais dans ces deux formes du choléra, souvent les symptômes et les lésions anatomiques sont absolument identiques et au début il était impossible d'affirmer la nature de l'épidémie en face de laquelle on se trouvait.

Bientôt un, puis deux, puis trois cas éclataient sur le *Shamrock;* le 28, six cas se déclaraient à Marseille, à la suite d'une foire où s'étaient rendus des marchands qui avaient traversé Toulon. D'autre part, dès le vendredi 27, des cas intérieurs se déclaraient dans les hôpitaux et d'autres cas éclataient dans les localités voisines, même sur des individus qui n'avaient pas été à Toulon. Le doute devenait donc de plus en plus impossible, et quoiqu'on n'ait pu découvrir la porte d'entrée, quoique la *Sarthe*, le navire incriminé, n'ait eu aucun cas à bord depuis quarante-cinq jours au moment où il était entré dans la vieille darse, il fallait bien admettre qu'on se trouvait en présence d'une épidémie de choléra asiatique ou tout au moins en présentant tous les caractères.

M. Pasteur a continué à entretenir l'Académie des sciences — et le lendemain l'Académie de médecine — de ses recherches sur l'inoculation du virus rabique atténué par la culture, et s'il n'a pas encore résolu le grand problème qu'il poursuit avec la conviction et la ténacité qu'on lui connaît, il faut bien dire qu'il approche de plus en plus du but qu'il s'est donné, c'est-à-dire de rendre les chiens réfractaires à la rage, et par suite, de supprimer cette maladie pour l'espèce humaine. On pourrait, à la rigueur, reprocher à M. Pasteur quelques irrégularités de forme, notamment dans ses rapports avec l'Académie de médecine, mais on ne se trouve pas tous les jours en présence d'hommes d'une pareille valeur, et on ne saurait se montrer bien formaliste avec un savant qui dote son pays de découvertes aussi remarquables.

Un des plus éminents chirurgiens de notre époque vient de quitter volontairement la chaire qu'il occupait à la Faculté : M. Gosselin a donné sa démission de professeur de clinique chi-

M. Fauvel, singulièrement blessé dans son amour-propre a voulu répondre. Mais il n'a pu faire partager son opinion à l'Académie et nous regrettons qu'il ait persisté dans ses conclusions premières. Quoi qu'il en soit, l'Académie a accepté l'opinion de M. Brouardel, et nous sommes heureux de l'accueil si mérité qu'elle a fait à l'éminent professeur, qui a su montrer autant de dévouement que de perspicacité.

REVUE CLINIQUE

FRACTURE ISOLÉE PAR CAUSE INDIRECTE DU QUATRIÈME MÉTACARPIEN GAUCHE (1).

Par le Dr André Martin, médecin-major, membre correspondant.

Observation. — Le soldat A..., du 50e de ligne, âgé de 24 ans, de haute taille et de bonne constitution, sans antécédent syphilitique, tuberculeux ou arthritique, tombe en descendant un escalier de bois, dans la nuit du 26 au 27 décembre 1883. Les bras

(1) Société de médecine pratique, séance du 27 août 1884.

rgicale. Il y avait déjà longtemps qu'on parlait de la retraite de . Gosselin, et un moment elle avait servi de pivot à une combiison qui permettait d'investir du professorat un des chirurgiens plus en vue et des plus méritants d'ailleurs. Les choses n'aient pas marché tout d'abord comme le voulaient certaines rsonnes : il est probable que tout a fini par s'arranger. Ce que n sait aujourd'hui de positif, c'est que M. Le Fort prend la chaire ittée par M. Gosselin, que M. Duplay passe de la chaire de thologie à celle d'opérations et appareils, et enfin que M. Tilx remplacera M. Duplay... à moins qu'on ne lui préfère Lannelongue. Du reste, qu'on désigne le chirurgien de Beau- ou le chirurgien de Sainte-Eugénie, on ne pourra pas dire la Faculté ait fait un mauvais choix.

ı événement qui a un moment agité la Société de chirurgie, la question du congrès des chirurgiens de langue française vée par la motion de M. Demons (de Bordeaux) accompa-

portés en avant, la partie supérieure du tronc, par un double mouvement de propulsion et de rotation, presse de tout son poids sur la main gauche; les doigts rapprochés et fléchis sur le métacarpe viennent heurter contre une des marches. A ce moment, douleur aiguë « qui porte au cœur », sans perception d'aucun craquement. Cependant le blessé peut se relever, remonte à sa chambre, et là perd connaissance. Le lendemain matin il essaie d'aller au gymnase, mais la main est douloureuse et engourdie. Voici en quel état il se présente à ma visite :

27 *décembre.* Absence d'ecchymose et de tuméfaction notable; les doigts tenus en crochet se redressent difficilement, tout mouvement forcé d'extension ou de flexion provoque une vive douleur qui part d'un point de la face dorsale de la main, pour se répandre dans l'avant-bras ; ce point origine, bien limité, est sur le trajet du 4e métacarpien gauche, à un centimètre au-dessous de l'extrémité phalangienne. Si on y applique un doigt, et si de l'autre main on imprime au doigt correspondant des mouvements de flexion et d'extension, on perçoit facilement de la crépitation et une mobilité anormale. Pas de déplacement latéral ou antéro-postérieur, pas de raccourcissement appréciable. Les os congénères ne fournissent à l'exploration aucun signe analo-

---

gnée d'un rapport favorable de M. Pozzi. Seul contre tous, M. Després a soutenu que les congrès ne servent de rien, si ce n'est à favoriser les visées ambitieuses de quelques confrères très remuants qui en profitent pour faire du bruit autour de leur nom, qu'il ne s'y produit en général que des communications très médiocres et même défraîchies, et enfin que les journaux et les Sociétés savantes n'ont jamais manqué à qui voulait faire connaître un fait intéressant, un cas rare ou une opération nouvelle. Les orateurs qui ont répondu à M. Després n'ont nullement infirmé ses arguments ; en faisant la part de l'exagération qui lui est familière, le chirurgien de la Charité n'a guère dit que ce tout le monde sait ; tout ce que l'on peut faire valoir en faveur des congrès scientifiques, c'est d'abord qu'ils ne sont pas nuisibles, et ensuite que si par hasard quelque chirurgien peut, à point nommé, y produire une idée ou un fait réellement remarquable, c'est là un moyen très légitime de donner à sa communication une

gue, d'où le diagnostic : *Fracture isolée par cause indirecte du 4e métacarpe gauche.*

Entrée du malade à l'infirmerie.

La main, posée sur une simple palette garnie de ouate que maintiennent quelques tours de bande aux doigts et à l'avant-bras, est recouverte de larges compresses résolutives. (Eau blanche et alcool camphré.)

Le 3 février. Appareil à attelles transversales de Malgaigne, légère compression ouatée en avant et en arrière, les doigts laissés libres pour l'exécution des mouvements.

Le 21 février, c'est-à-dire le vingt-cinquième jour, le soldat A... quitte l'infirmerie pour reprendre son service. Ni raccourcissement, ni raideur articulaire au doigt annulaire ; pas de cal exubérant, mais une légère saillie qu'on sent en promenant le doigt sur la face dorsale de l'os ; le blessé, tout en ayant recouvré la force manuelle, éprouve encore une douleur vive quand le doigt annulaire rencontre un corps résistant.

Les fractures du métacarpe passent pour très rares. C'ést ainsi que Malgaigne (*Traité des fractures*) en a compté 16 sur 2.377 fractures traitées à l'Hôtel-Dieu de Paris, soit une moyenne de 0,67 0/0. La proportion de M. Polaillon (*Dict. encycl.*) est un peu plus éle-

---

publicité plus large et un relief plus accentué. Si donc la Société de chirurgie tient à ce que le futur congrès des chirurgiens de langue française ne mérite pas les critiques de M. Després, il faut que la commission d'organisation fasse sévèrement la police des communications et n'admette que celles qui offrent un caractère très personnel et qui sont de nature à contribuer aux progrès de la science. Si le prochain congrès est fidèle à ce programme, il ne faudra pas désespérer de voir M. Després se convertir à cette idée de réunion périodique de savants cultivant la même science et contribuer par son active vigilance à en écarter toutes les banalités aussi bien que les réclames.

...ences médicales. — Voir pour les postes médicaux vacants aux annonces.

vée : 64 sur 5.517 fractures traitées dans les hôpitaux de Paris de 1861-1863, ou une moyenne de 1,16 0/0.

La rareté de ce traumatisme tient aux conditions anatomiques des métacarpiens et aux circonstances qui président en général à sa production : résultat d'une cause directe, corps contondant, pression entre deux plans résistants, etc.; elle s'accompagne de plaies et de contusions et passe alors inaperçue au milieu des lésions concomitantes.

Elle n'est réellement reconnue et traitée pour telle, que si elle relève d'une cause indirecte. Les signes de la lésion osseuse deviennent d'autant plus perceptibles que les phénomènes de contusion sont plus atténués. Toute cause indirecte, qui agit sur un ou plusieurs métacarpiens, ne peut en amener la rupture que d'après un des trois mécanismes suivants :

1° *Inflexion en avant de la diaphyse.* — C'est le mode de genèse le plus fréquent : chute sur le sol le poing fermé, de telle façon que la tête des métacarpiens est pressée entre le sol et le poids du corps. — Chute, les doigts en extension forcée (Vidal de Cassis). — Coup de poing asséné, la main étant en supination. — Coup de pied reçu de cette manière : dans une séance de boxe, un des adversaires, menacé d'un coup de pied à la figure, pare avec la main gauche ouverte, les doigts en extension, et se fracture le 4e métacarpien (Hattute).

2° *Inflexion en arrière.* — L'exemple de Dupuytren est demeuré célèbre : dans une lutte pour la force des poignets et où les deux champions avaient les doigts entrelacés et fortement serrés, un d'eux, par un brusque mouvement de la main en arrière, eut le 3e métacarpien fracturé. — Tel autre, emprunté à M. Allaire : un soldat, en jouant avec un de ses camarades, tombe, la main gauche en avant, les doigts étendus, la tête du 4e métacarpien pressant le sol. — L'observation qui fait le sujet de cette note se rapporte vraisemblablement au même mode d'action : comme je l'ai dit plus haut, et d'après les renseignements que j'ai recueillis sur place de la bouche du blessé, la chute n'a pas eu lieu le poing fermé ou la main en extension, ce qui eût occasionné une inflexion en avant; mais les doigts rapprochés et fléchis à angle obtus sur le métacarpe et principalement le doigt annulaire ont reçu le poids du corps projeté en avant, ce qui a déterminé une inflexion en arrière.

3° *Traction combinée à la torsion.* — Tel est le cas unique de Velpeau : un charretier en tirant violemment par les doigts indicateur et médius un porteur d'eau lui cassa les métacarpiens correspondants.

Ces particularités d'étiologie pour une lésion en apparence simple ont fixé l'attention de plusieurs observateurs qui lui ont consacré des études importantes; dans ce nombre il faut citer : Malgaigne (*Traité des fractures*, 1847), Renault Du Motey, l'auteur d'un remarquable mémoire (*Th. de Paris*, 1854). Un peu plus tard, MM. Allaire (*Rec. méd. militaire*, 1863) et Hattute (même rec., 1863), et plus récemment M. Polaillon (*Dict. encyclopédique*).

Le mécanisme de production n'est pas le seul point en litige : Boyer, Bérard, Vidal (de Cassis), et même M. Richet, dans son Traité d'anatomie (édition 1855), ainsi que Nélaton, ont cru trouver dans la situation des 2° et 5° métacarpiens une prédisposition à la fracture; cette vue de l'esprit est en contradiction avec les observations et les statistiques de Malgaigne, Renault du Motey, Allaire et Potaillon. Selon ce dernier auteur, 102 cas se répartissent ainsi :

1er métacarpien	....	8
2e —	....	16
3e —	....	34
4e —	....	25
5e —	....	9

Les 3e et 4e métacarpiens, en raison de leur supériorité de longueur qui les expose à des chocs répétés, sont donc le plus souvent atteints; les 1er et 5e viennent en troisième ligne.

La partie moyenne de la diaphyse et l'extrémité carpienne sont les sièges principaux de la rupture qui peut être transversale, dentelée ou oblique, en bas et en avant. Cette variété a été mise en lumière et bien étudiée par Malgaigne, qui en montre deux exemples dans son atlas : le fragment supérieur reste en place, mais le fragment inférieur, constitué par la tête du métacarpien, se porte en arrière par un mouvement de bascule, et [illegible]e à la face dorsale du doigt une saillie angulaire. Le déplacement latéral est extrêmement rare, en raison des connexions [illegible]reuses qui relient entre eux les os du métacarpe.

[illegible]accourcissement, qui a été nié par Boyer et Sanson, qui a

échappé à M. Hattute et qui a fait défaut à notre observation, malgré l'attention portée sur ce point, serait constant pour M. Allaire; ses observations cliniques et ses expériences cadavériques lui auraient montré qu'il varie entre 5 et 10 millimètres.

La crépitation et la mobilité sont, comme dans toutes les autres fractures, les éléments les plus certains du diagnostic, mais ces signes échappent dans les cas de contusion concomitante et dans les fractures fissuriques; tel est le fait de M. Allaire, confirmé par M. Polaillon, où l'incapacité persistante de la main, même après disparition de toute contusion, a imposé le diagnostic de fracture. L'impotence fonctionnelle et la position des doigts en crochet sont donc des signes d'une grande valeur. En outre, si on saisit à pleine main le doigt correspondant à l'os suspecté de fracture, et si on presse de bas en haut, on détermine une exacerbation de la douleur tout à fait pathognomonique pour M. Verneuil (Le Dentu).

Il est à remarquer que ce phénomène persistait chez mon malade au 25e jour de la fracture.

Les auteurs ont signalé un certain nombre d'accidents consécutifs : arthrite des articulations carpo-métacarpiennes; incapacité de la main; raideur articulaire; pseudarthrose; exubérance du cal qui dévie les tendons extenseurs, etc.

La crainte de ces accidents a donné naissance à un grand nombre d'appareils : bande roulée d'Albucasis à la paume de la main pour combattre le déplacement en avant; attelle postérieure, du même, contre le déplacement en arrière; étau de Lisfranc dont les branches appliquées en travers sur le dos et la paume de la main se rapprochaient au moyen d'une vis; appareils à extension continue de Sabatier, de Pétrequin, au moyen de la ligature des doigts avec le diachylum et d'une longue attelle métallique qui embrassait le coude, et sur laquelle s'exerçait l'extension.

L'expérience a démontré que les plus simples de ces appareils sont les meilleurs. A moins d'un déplacement considérable, ou d'une indication expresse, le traitement peut être ainsi formulé :

1° Dans les premiers jours, la simple palette qui laisse à découvert les parties blessées et permet l'application répétée de compresses résolutives.

Un peu plus tard, les petites attelles transversales de Malgaigne, beaucoup moins pénibles et tout aussi efficaces que l'étau de Lisfranc, qui laissent aux doigts la liberté des mouvements et préviennent ainsi les raideurs articulaires.

Tels sont les moyens que j'ai employés et qui me semblent devoir être recommandés dans la majeure partie des cas.

RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM; RECTOTOMIE EXTERNE; MORT; AUTOPSIE (1).

Par le professeur J.-A. Foat, à Montevideo (Uruguay).

Au mois de novembre 1883, je reçois la visite d'un jeune homme de 25 ans, Jose Mantero, qui vient me demander de lui pratiquer l'opération du rétrécissement du rectum.

Il souffrait depuis environ cinq ans. Il avait reçu les soins de plusieurs médecins qui lui conseillèrent l'opération. L'un d'eux l'avait même opéré, il y a trois ans, probablement d'une manière incomplète, car son état n'avait pas été amélioré. Il s'était fait fabriquer, sur le conseil d'un médecin, des morceaux de bois à surface très lisse, de différentes dimensions, dont il se servait pour se dilater lui-même le rétrécissement. Le plus petit, *qui n'égalait pas* le volume du petit doigt, ne pénétrait plus à travers le rétrécissement. Le malade souffrait, il ne vidait son intestin qu'avec difficulté et douleur, il salissait son linge, il y avait une suppuration assez abondante, bref, la vie lui devenait insupportable.

Je l'examinai. Le rétrécissement n'admettait pas même l'extrémité du petit doigt; une sonde seule traversait le rétrécissement qui était situé à 3 centimètres environ au-dessus de l'anus. En interrogeant le malade, je ne pus arriver à préciser quelle était la nature du rétrécissement.

Il existait une petite tumeur hémorrhoïdale, du volume d'une petite noisette en avant de l'anus et de petites nodosités dures, rougeâtres, sur la peau du périnée en avant de l'anus. Par le toucher rectal, on sentait des saillies indurées de la paroi rec-[illegible], surtout en avant. Le malade rendait quelquefois des filets [illegible]ng. Y avait-il là un tissu hétéromorphe indiquant la nature

(1) [illegible] communiqué à la [illegible]ciété de médecine pratique.

du rétrécissement? C'est possible. Dans tous les cas, quelle que soit la nature du rétrécissement, l'indication de l'opération restait la même.

Connaissant le peu de succès de la dilatation graduelle et les dangers auxquels elle expose, sachant du reste que le malade se dilatait sans résultat depuis longtemps, je fus de l'opinion du malade qui réclamait l'opération, et il fut décidé qu'elle se ferait un mois et demi après, une fois que M. Mantero aurait terminé l'inventaire de son magasin.

Le 11 janvier 1884, je lui fis l'opération de la rectotomie externe, selon le procédé employé par le professeur Panas, à Paris.

En 1882, à Rio de Janeiro, j'avais pratiqué deux fois cette opération avec un plein succès. La première fois, il s'agissait d'une femme de 22 ans, ayant un rétrécissement cicatriciel du rectum. Je l'opérai avec le bistouri; elle guérit parfaitement. Le second cas était également un rétrécissement cicatriciel sur une femme. J'opérai avec le thermocautère. La plaie s'ulcéra un peu, mais après quelques semaines la malade guérit également. Dans ces deux cas, j'avais eu recours au procédé de M. Panas.

Le malade étant chloroformé par le Dr Rappas et placé dans la position de la taille, je fis maintenir un gorgeret dans le rectum au-dessous du point rétréci, la concavité de l'instrument regardant en arrière. Je pus alors inciser librement la partie postérieure, y compris le sphincter externe, dans une étendue de 2 centimètres du côté de la peau. Écartant les lèvres de l'incision avec les doigts de la main gauche, j'incisai, en remontant, à une hauteur de 3 centimètres. Arrivé au point rétréci et craignant d'ouvrir quelque vaisseau, je passai la chaîne de l'écraseur, au moyen d'une aiguille, par-dessus la partie postérieure du rétrécissement que je divisai en peu d'instants. Lorsque j'introduisis l'aiguille qui conduisait la chaîne, j'eus soin de protéger la paroi antérieure du rectum avec une petite spatule creusée en gouttière, dont je me sers pour d'autres opérations.

Après la division du rétrécissement, j'introduisis une canule rectale en caoutchouc.

Il y eut à peine quelques gouttes de sang versé.

Le malade fut placé dans son lit, avec un pansement antisep-

tique. Je lui prescrivis 0,04 centigrammes d'extrait thébaïque à prendre journellement pour éviter les évacuations intesti. ales. Il fut pansé d'abord deux fois par jour, plus tard une . ule fois. La plaie était toujours lavée à l'eau phéniquée et j'a. ais soin d'interposer un tampon de coton imbibé d'eau phéniquée entre la partie incisée et la paroi postérieure de la canule.

Tout alla parfaitement jusqu'au treizième jour. Du 18 au 23, le malade se levait, se promenait dans la chambre et il commençait à manger. Il se trouvait parfaitement.

Le 23, malgré ma recommandation, il commit l'imprudence de rester assis une grande partie de la journée.

Le 24, il y eut un frisson, du malaise et des troubles généraux. La petite tumeur hémorrhoïdale et les saillies que j'ai signalées sur la peau du périnée étaient tuméfiées, rouges et luisantes.

Le 25, douleurs abdominales, hoquet, il se développe une péritonite.

Le 26 et les jours suivants, les symptômes de l'infection purulente s'accentuent et le 31 janvier, à onze heures et demie, le malade meurt.

Autopsie. — Le crâne n'est pas ouvert.

La plèvre gauche est le siège d'un épanchement séro-purulent. Les deux poumons sont fortement hyperhémiés ; il y a de nombreux abcès métastatiques dans le poumon gauche.

Le péritoine renferme une quantité énorme de liquide purulent ; les intestins sont fortement distendus par les gaz.

A part quelques artérisations vasculaires dans la plèvre et dans le péricarde, il n'y a rien à signaler dans les autres viscères.

Le rectum est extrait du bassin. On voyait l'incision de l'opération produite par le bistouri et par la chaîne de l'écraseur, et mesurant en tout une longueur qui n'atteignait pas à 5 centimètres. La face externe du rectum était intacte, de sorte que la paroi rectale n'avait pas été divisée dans son épaisseur.

Ce cas est assurément très malheureux, mais doit-on, pour un succès, renoncer à une opération aussi simple et aussi facile ns son exécution que l'opération de Panas ? Haffort, Nelasner, nas, Poinsot, lui doivent des succès. Moi-même j'en ai eu x à Rio de Janeiro. Pour mon compte, je la préfère à la rec-

tomie interne de M. Verneuil et je la conseillerai dans tous les rétrécissements, quelle que soit leur nature, même pour le rétrécissement cancéreux. Mon malade n'est pas mort parce que je lui ai pratiqué la rectotomie externe, il est mort parce qu'il avait une plaie et l'on sait que, malheureusement, toutes les plaies peuvent se compliquer d'infection purulente, étant données certaines conditions de leur situation et de la difficulté du pansement.

Je ne suis pas éloigné de penser qu'il s'est produit quelque modification dans la plaie le jour où le malade est resté assis une partie de la journée ; c'est, en effet, le jour suivant que se sont montrés les premiers symptômes de l'infection purulente.

Rapport de M. Laburthe sur la rectotomie externe de M. Fort.

Messieurs,

L'observation que nous a présentée notre collègue M. le Dr Fort est des plus intéressantes et des plus instructives. Elle prouve une fois de plus qu'en s'entourant de toutes les précautions possibles pour faire les opérations difficiles, le chirurgien doit s'attendre à avoir de temps en temps un insuccès.

Lorsqu'il y a une vingtaine d'années Chassagnac avait imaginé son écraseur linéaire pour mettre les opérés de tumeurs et de rétrécissements du rectum à l'abri de pyohémie qui, à cette époque, en était si fréquemment la conséquence, il fit une découverte qui immortalisa son nom, car bientôt l'infection purulente ne se montra que rarement à la suite de ces opérations.

On peut même assurer qu'à partir de cette époque elle devint l'exception, mais comme la chirurgie fait journellement des nouveaux progrès, ces sortes d'opérations sont devenues moins dangereuses qu'elles ne l'étaient après la découverte de l'écraseur, grâce à l'application méthodique des pansements antiseptiques.

Il en est résulté que, dans bon nombre des hôpitaux de notre ville, ces opérations sont pratiquées plusieurs fois chaque semaine sans qu'on ait à déplorer la perte d'aucun opéré par infection purulente, alors qu'il y a une trentaine d'années les exemples étaient quotidiens.

Est-ce à dire, messieurs, que la phlébite suppurée et la pyo-

ie ne se produisent jamais lorsque ces opérations sont faites les mains les plus habiles?

e chirurgien, comme le médecin, fait tous ses efforts pour ver les maladies endémiques et épidémiques, pour les rendre lus en plus rares, pour guérir le plus grand nombre possible malades; mais il est des cas où il lui est impossible de sous-re tous les malades à des complications qu'il n'est pas à ne d'empêcher,

s complications ne dépendent pas en effet seulement des s qu'il prodigue pour faire l'opération et pour instituer les ements, elles dépendent aussi de la constitution du malade, oin que celui-ci met à ne pas faire d'imprudence, des condi-s climatériques, en un mot d'une foule de causes intérieures et ieures, contre lesquelles le plus habile chirurgien verra son talent échouer.

LEÇONS SUR LES MALADIES DE LA PEAU.

Professées à l'Université de Pensylvanie pendant 1883-84.

Par le Dr Louis-A. Duhring.

DE LA SÉBORRHÉE.

célèbre professeur de dermatologie de Philadelphie, Duhring, ris son enseignement, et, d'après ses premières leçons qui arrivent recueillies par le Dr Henry Wile, il semble vouloir r rapidement en revue toute la dermatologie. Il serait utile duire *in extenso* ces résumés clairs, précis, des principales tions; mais nous ne voudrions pas abuser de la patience de ecteurs, aussi nous contenterons-nous d'insister sur les par-es moins connues : parmi elles l'une des plus importantes ns contredit la séborrhée.

séborrhée peut être définie une affection des glandes séba-aractérisée par une sécrétion excessive et anormale de ma-bacée, laquelle forme sur la peau un enduit huileux, des ou des squames. On en reconnaît deux variétés : *la sébor-nte* (seborrhœa oleosa), et la *séborrhée sèche* (seborrhœa squelles peuvent exister séparément ou simultanément. hée fluente s'observe surtout sur le visage, en particu-

lier sur le nez et sur le front. Dans sa forme légère ce n'est pas une affection rare.

La séborrhée sèche se rencontre sur le dos et sur la poitrine, mais surtout dans le cuir chevelu, où dans la forme légère elle produit ce que l'on connaît vulgairement sous le nom de crasse (*dandruff*). Elle consiste en la production de squames libres ou adhérentes, et lorsque le processus est intense et rebelle, il entraîne la sécheresse des cheveux, leur chute et la calvitie : on ne saurait croire combien il y a de calvities précoces qui reconnaissent cette cause. Les autres région pileuses de la tête, barbe, moustaches, sourcils, peuvent également être atteintes de la même affection : on l'a même observée aux parties génitales.

C'est surtout chez des sujets à cheveux blonds, anémiques, pâles, que l'on rencontre le plus souvent la séborrhée sèche, tandis que la séborrhée fluente s'observe surtout chez ceux qui ont les cheveux noirs. Les deux formes se manifestent surtout pendant l'adolescence et coïncident d'ordinaire avec un état général de faiblesse assez accentué. L'anomalie de sécrétion paraît être surtout sous la dépendance du système nerveux, et comme lésions anatomiques on trouve un trouble de la fonction des glandes sébacées avec tendance à l'atrophie des glandes de la peau. Le microscope montre que les produits de sécrétion sont constitués par des cellules épithéliales granuleuses, mélangées à des débris moléculaires graisseux et amorphes.

Lorsqu'elle siège au cuir chevelu, cette affection doit être différenciée de l'eczéma, du psoriasis et de la trichophytie. L'absence d'infiltration des couches profondes de la peau, la sécheresse de la lésion, la desquamation abondante suffisent à la distinguer de l'eczéma. Sa dissémination sur de grandes surfaces, sans bords bien définis, la présence de squames grisâtres ou jaunâtres reposant sur une base pâle ou légèrement hyperhémique, empêchent qu'on ne la confonde avec le psoriasis; enfin un examen microscopique de quelques squames suffira à la distinguer de la trichophytie.

On pourrait encore, quand elle siège à la face, la confondre avec le lupus erythematosus, mais dans cette dernière affection les parties malades sont d'ordinaire limitées par un bord net, à leur niveau le derme est épaissi et infiltré, enfin on trouve aux

points qui ont été primitivement atteints des cicatrices superficielles, ce qui ne se voit jamais dans la séborrhée.

Le traitement de la séborrhée est parfois aisé, d'autrefois au contraire d'une extrême difficulté. Un traitement général est souvent utile, et doit consister en exercice au grand air, régime approprié, bonne hygiène, huile de foie de morue, fer et arsenic. Mais on doit surtout insister sur le traitement local.

Chez la femme il ne faut jamais faire couper les cheveux. On doit d'abord débarrasser les cheveux des pellicules qui les encombrent, et on y arrive facilement en employant des lotions avec de l'eau dans laquelle on met du savon mou et de l'alcool. Lorsque les squames forment des croûtes adhérentes, on les ramollit avec de l'huile d'olive que l'on laisse pendant une nuit sur le cuir chevelu du malade après l'avoir recouvert de flanelle : le lendemain matin on enlève facilement les produits séborrhéiques avec un lavage à l'eau chaude et au savon. Lorsque l'on a nettoyé les surfaces malades, on applique des pommades, et les meilleures sont celles qui contiennent du soufre et du mercure (de 1 à 3 drachmes de sublimé ou de soufre pour une once d'axonge ou de vaseline). Duhring préconise encore les pommades renfermant de 15 à 40 grains de précipité blanc pour une once de vaseline, de 5 à [illegible] grains d'oxyde rouge de mercure pour une once d'excipient, des préparations de goudron, telles que 1 à 2 drachmes d'huile de cade dans une once d'alcool, etc. Il est d'ailleurs remarquable de voir combien le cuir chevelu supporte plus facilement des préparations irritantes que les autres régions du corps.

Dans la séborrhée de la face et du tronc, on peut encore employer avec succès les préparations sulfureuses et mercurielles ; ajoutons que la séborrhée, quelle que soit la région où elle siège, est une affection fort longue, extrêmement rebelle, et que l'on doit toujours prévenir les malades de la nécessité d'instituer le traitement pendant longtemps et avec persévérance. (*The medical News*, [illegible] janvier 1884.) L. B.

REVUE DES HOPITAUX

DES HÉMATURIES DANS LES RÉTENTIONS D'URINE.

Par le professeur GUYON.

Les rétentions d'urine anciennes peuvent s'accompagner, si l'on n'y prend garde, d'hématuries parfois graves, mais cet accident dépend en quelque sorte de l'intervention chirurgicale et l'on aura à diriger contre lui, avant un traitement curatif, des mesures prophylactiques.

Le malade dont M. Guyon rapporte l'histoire, pour en donner un exemple, est *âgé de soixante et un ans*. Cet homme, prostatique, était atteint, *depuis cinq ou six semaines*, d'une rétention d'urine incomplète avec distension. A son entrée à l'hôpital, *le globe vésical atteignait et dépassait même le niveau de l'ombilic.* Ces détails : *âge du malade*, *âge de la maladie*, *son degré*, constituent trois points de la plus grande importance, car l'accident qui nous occupe ne s'observe guère que chez les personnes âgées, il ne se produit que si la rétention date au moins de plusieurs semaines et lorsqu'elle a pu acquérir un degré assez considérable.

Dès l'arrivée du malade, on pratiqua le cathétérisme, et la sonde, facilement introduite, livra passage à une urine claire et limpide; toutefois, on prit grand soin, avec juste raison, de *ne pas vider complètement la vessie.* Le lendemain, les urines étaient très sanglantes; plus tard, le sang fut remplacé par du pus, puis survinrent de nouvelles hématuries, comme il arrive souvent, lorsque l'hémorrhagie n'a pu être évitée primitivement. Quelques jours après, le malade succomba à des accidents urineux, sans fièvre, et l'autopsie montra bien que la congestion était la cause unique de l'hématurie.

M. le professeur Guyon rapproche de ce fait, le cas d'un autre malade venu il y a quatre ans succomber dans son service. C'était un homme de 72 ans, atteint lui aussi de rétention d'urine; arrivé à l'hôpital, il fut sondé très facilement, après une exploration méthodique. *La vessie*, il est vrai, *ne fut pas complètement vidée, mais l'urine qui s'écoula sortit rapidement;* le malade eut une

hématurie très abondante et ne tarda pas à succomber. Dans les deux observations, le cathétérisme fut donc facile, mais l'évacuation, bien qu'incomplète, fut *trop rapide*. Il ne suffit pas, en effet, d'introduire facilement et habilement une sonde, il faut encore, connaissant l'âge du malade, l'âge de la maladie et son degré, savoir régler le temps de l'évacuation. Cette connaissance, d'ailleurs, résulte de l'observation des faits cliniques, mais l'anatomie normale, la physiologie normale et pathologique nous en fournissent la raison.

La distension de la vessie, en effet, congestionne le plexus veineux périphérique et interstitiel de ses parois, et, cela, non pas seulement par les phénomènes de suractivité fonctionnelle que détermine le continuel besoin d'uriner, mais encore par la compression qu'exerce l'organe dilaté sur le plexus de Santorini et sur le plexus périprostatique. Si, en cet état, l'on vient à vider complètement et rapidement la vessie, il y a décompression brusque et congestion interne de la muqueuse. L'hématurie, variable en abondance, selon les cas, devient dès lors facile à comprendre. Il en sera de même du côté des uretères et des reins si la distension a pu atteindre ces organes, et une nouvelle poussée congestive sur des reins, la plupart du temps déjà malades, fera souvent éclater, dans un bref délai, les accidents les plus graves. C'est ainsi que le second malade dont parle M. Guyon a succombé en trois jours à des lésions rénales.

Ainsi, non seulement il faut *vider partiellement* la vessie, mais il faut encore la *vider lentement*. Non seulement l'on doit *laisser dans la vessie la moitié environ de l'urine*, mais on doit encore, avec un instrument souple, de petit calibre, *mettre un quart d'heure ou même une demi-heure* pour retirer une petite quantité d'urine, un demi-litre par exemple. *Plusieurs jours* quelquefois seront nécessaires avant d'arriver à l'évacuation totale. De plus, le cathétérisme devra toujours être fait le malade étant dans la position horizontale, et jamais étant debout, cette dernière position facilitant une évacuation trop rapide.

Les précautions antiseptiques seront ici de la plus grande importance : les sondes auront été lavées à l'acide borique, enduites de vaseline blanche, et, à l'exemple de M. Guyon, on substituera à l'urine extraite une certaine quantité d'une solution d'acide borique à 4 p. 100. En retirant la sonde, il sera bon d'irriguer dou-

cement le canal avec le reste de la solution que l'on a conservée dans la seringue.

Toutes ces précautions, qui sauveront la vie des malades placés dans les conditions énoncées plus haut, ne seront pas utiles, si même chez des vieillards la rétention est récente, ou si l'on a affaire à des jeunes gens.

Tels sont rapidement, trop rapidement, résumés les faits et les préceptes exposés et développés par M. le professeur Guyon dans sa première leçon clinique sur les maladies des voies urinaires. Si, malgré le cadre forcément restreint qui nous est réservé, nous avons tenu à conserver, autant que possible, les termes mêmes de notre savant maître, c'est que l'on doit regarder comme bien grande l'importance des faits qu'il énonce et des conseils qu'il donne. D'ailleurs, ces faits d'hémorrhagie, après l'évacuation rapide d'un liquide distendant depuis longtemps un organe malade, et le conseil de n'agir qu'avec prudence et lenteur, n'appartiennent pas seulement à l'appareil urinaire, tant il est vrai que la pathologie générale est la même, quel que soit l'organe observé. Pour les kystes de l'ovaire, le fait est bien connu : Nélaton ayant ponctionné un kyste de l'ovaire, depuis longtemps fort distendu, vit, après avoir extrait avec un trocart plusieurs litres de liquide, celui-ci devenir rouge; immédiatement il arrêta l'opération, et prit toutes ses mesures pour une hémorrhagie interne et une syncope imminentes. Ses craintes furent réalisées. Quelques instants après, les symptômes d'une hémorrhagie interne se déclarèrent, mais il l'attendait, et, une fois de plus, l'éminent chirurgien put sauver sa malade. Ce fait, et il serait facile d'en citer d'autres plus récents, n'est-il pas absolument comparable à l'hématurie, après un cathétérisme trop généreux, chez un malade atteint d'une rétention d'urine ancienne ?

De même, et M. le professeur Panas insistait sur ce point dans une de ses dernières cliniques, lorsque le tonus d'un œil est exagéré depuis longtemps, il est prudent, avant une extraction du cristallin, et souvent même avant une iridectomie, de diminuer doucement et lentement la tension à l'aide des moyens médicaux et même chirurgicaux. Si l'on ne prend ce soin, on peut voir, et M. Panas en a cité des exemples, des accidents désastreux se produire et des hémorrhagies extrêmement abondantes et détruisant véritablement le globe oculaire survenir sous les yeux mêmes du chirurgien impuissant, ou encore quelques heures après l'opé-

ration. Ici encore, c'est à une décompression brusque dans un organe depuis longtemps malade et distendu que sont dues la congestion, la rupture capillaire et l'hémorrhagie. Les mêmes phénomènes sont encore observés dans certains cas de kystes thyroïdiens très durs dont la tension est, par conséquent, exagérée. Mais, ici, l'organe est essentiellement vasculaire; aussi, après l'incision et l'écoulement d'un liquide visqueux plus ou moins abondant, voit-on quelquefois une hémorrhagie épouvantable se déclarer.

Tous ces faits doivent donc être retenus avec le plus grand soin; tous, au point de vue général, ont la même importance, mais en pratique, nous insisterons surtout sur les premiers, car si tous les praticiens n'ont pas la hardiesse de porter, sans étude spéciale, le bistouri sur le globe oculaire, tous, avec juste raison, pratiquent le cathétérisme et beaucoup s'estiment, souvent trop tôt, heureux de délivrer un malade qui souffre et de donner un cours facile et libre à des urines depuis longtemps retenues. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1884, nº 1.)

H. LORMAND.

REVUE D'HYDROLOGIE

LES EAUX MINÉRALES LAXATIVES : LA SOURCE ÆSCULAPE.

Les eaux minérales amères purgatives du bassin de Bude jouent aujourd'hui un rôle si important dans notre thérapeutique qu'il est impossible de passer sous silence les travaux publiés sur les différentes sources qui composent ce groupe.

Tous les praticiens connaissent un certain nombre des sources hongroises, telles que Rokoczy, Janos, etc. Mais ils ignorent toute la richesse de ce bassin et plusieurs sources, peu connues encore parmi nous et présentant des qualités vraiment supérieures comme laxatives et apéritives, méritent d'être présentées au public médical français : telle est la source *Æsculape*.

L'eau d'Æsculape jaillit au centre de la région des eaux salines de Bude. *Minéralisée dans de très heureuses proportions par les*

sulfates de soude et de magnésie, ELLE CONSTITUE LE TYPE LE PLUS PARFAIT DE L'EAU LAXATIVE. *Facilement acceptée par les malades, admirablement digérée par l'estomac*, l'eau d'Æsculape *purge* à la dose d'un verre *sans produire aucune irritation dans les voies digestives*. En augmentant ou en diminuant la dose, on obtient une action plus énergique ou plus douce, mais toujours assurée.

Ces qualités vraiment supérieures, qui différencient la source Æsculape des autres sources hongroises et lui assurent un rang plus élevé, tiennent à plusieurs causes. Quelques-unes d'entre elles ne peuvent être facilement définies et sont attribuées par quelques auteurs à la situation même de la source et à la structure du sol ; les autres s'expliquent par la minéralisation.

L'eau d'Æsculape présente dans sa composition chimique, non seulement des sels de soude et de magnésie dans des proportions qui assurent ses effets laxatifs ; elle *renferme* en outre, dans des proportions variées, des chlorures alcalins et, *ce qui la rend précieuse entre toutes, une certaine quantité de bicarbonate de soude et d'acide carbonique*. On comprend, dès lors, pourquoi cette eau a été *préférée* à celles émanant *des autres sources hongroises par tous les cliniciens* qui l'ont expérimentée. *Ses éléments constituants minéralisateurs sont combinés de façon à assurer la parfaite digestion de l'eau et à la faire accepter par tous les estomacs. Les enfants* même, qui acceptent si difficilement les purgatifs salins, *prennent volontiers l'eau d'Æsculape*.

Les remarquables expériences de MM. Vulpian et Moreau ont du reste démontré que *les purgatifs salins, parmi* lesquels *figure au premier rang* l'eau d'Æsculape, sont dépourvus de tous les inconvénients des médicaments drastiques et agissent simplement en augmentant la sécrétion intestinale et en favorisant l'évacuation.

Grâce aux sulfates neutres qu'elle renferme, l'eau d'Æsculape agit alors même qu'elle est prise en petite quantité, ce qui constitue un immense avantage. Pour de très jeunes enfants, une cuillère à bouche peut suffire. Chez les adultes, un verre suffit pour obtenir un effet laxatif. Pour obtenir un effet décongestif, un verre à bordeaux sera conseillé tous les matins.

Ces quelques renseignements nous ont paru nécessaires pour faire connaître aux praticiens une eau qu'ils peuvent employer

avec la certitude d'en obtenir les meilleurs résultats dans les affections si nombreuses où les eaux purgatives salines sont indiquées.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Epithélioma du pénis enlevé par l'opération de Pearce Gould, par le Dr Thomas Clarke, chirurgien de l'hôpital de Leicester. — L'opération, pratiquée sur un homme de 48 ans, consiste dans le procédé suivant : Le malade est placé dans la position pour faire la taille. On divise le scrotum dans toute son étendue et dans toute son épaisseur sur le raphé médian. Préalablement on introduit un cathéter dans le canal de l'urèthre et on se dirige vers celui-ci. Une fois le corps spongieux bien en vue, on le dissèque et on le détache des corps caverneux; on enlève le cathéter, on sectionne le corps spongieux et on détache la partie qui reste jusqu'au niveau de l'aponévrose de Carcassonne. On attaque ensuite la racine de la verge, on la détache du ligament suspenseur. Puis vient la partie la plus difficile de l'opération, et qui consiste à détacher la racine des corps caverneux de leur insertion à la branche ischio-pubienne. Une fois ce temps de l'opération terminé, ce qui n'est pas sans être accompagné d'une hémorrhagie abondante et très gênante pour le chirurgien, et une fois le pénis complètement enlevé, on rapproche les deux parties du scrotum, on les suture, au besoin on met un drain dans leur intervalle. Quant à la portion restante du canal de l'urèthre, on divise la paroi inférieure sur une longueur d'un demi-pouce (1 cent. 1/2), et on suture les lèvres de ce nouveau méat à la partie postérieure du scrotum. En sorte que lorsque la guérison a lieu, le malade urine par un méat périnéal.

Dans le cas du Dr Clarke, il y eut quelques complications tant ...s l'opération que dans les suites de l'opération. Ainsi, en disséq...nt les corps caverneux, on ouvrit la paroi supérieure du canal ...'urèthre, ce qui nécessita une suture, et par suite obligea de ...e une sonde à demeure. Ensuite, le lendemain il y eut une

hémorrhagie; le neuvième jour une seconde, et en examinant le malade sous le chloroforme, on enleva une partie sphacélée de l'urèthre. Malgré cela il guérit, sans avoir de rétrécissement; il urinait facilement par son périnée, et son état général se remonta rapidement. (*Lancet*, du 26 avril 1884, p. 752.) A. RIZAT.

Transmission héréditaire de l'hypospadias et sa transmission indirecte par l'atavisme; par ALFRED LINGARD. — L'hypospadias, dit l'auteur, est une difformité qui se montre chez plusieurs membres de la même famille. Sir Everard Home rapporte le fait d'une famille dans laquelle deux fils étaient hypospades. Cette anomalie se rencontre également pendant deux générations. Shorthouse rapporte le cas d'une femme présentant une double amputation congénitale; l'annulaire et le petit doigt manquaient à chaque main, et à leur place, on voyait deux petits bourgeons analogues à des verrues. Le mari de cette femme était hypospade. Ils eurent six enfants, quatre garçons et deux filles. Les garçons furent tous les quatre hypospades; les deux filles présentèrent la même mutilation congénitale que leur mère.

Rigaud (de Strasbourg) a vu trois générations d'hypospades. Ainsi trois frères étaient hypospades; l'un deux eut un fils qui avait un hypospadias. Celui-ci devint père de six enfants; chez trois d'entre eux on observait l'anomalie uréthrale.

Voici un autre fait également très intéressant. Au commencement de ce siècle, un hypospade que nous désignerons par la lettre A, et dont le père et le grand-père l'étaient également, épousa une femme qui n'avait aucune parenté avec la famille. Il en eut trois fils, tous hypospades. L'aîné de ses fils se maria et eut à son tour quatre enfants hypospades; deux de ces quatre se marièrent, le premier eut deux hypospades, et le second en eut un. Les deux autres fils restèrent célibataires. Voilà donc une preuve que cette difformité a été transmise en ligne droite de mâle en mâle pendant six générations. Mais voici qui est plus curieux. L'hypospade A qui avait eu trois fils mourut quelques années après. Au bout de dix-huit mois, sa veuve se remariait et épousait un homme bien conformé qui n'avait dans ses ascendants ou dans sa famille aucun fait d'anomalie. Elle eut de lui quatre fils, tous hypospades. Deux de ces fils eurent à leur tour des hypospades,

l'un d'eux eut quatre garçons, trois bien conformés, et un hypospade.

Ces faits ont été désignés par Sedgwick sous le nom d'*atavisme indirect*. Les éleveurs ont souvent constaté que des femelles fécondées par un mâle donnaient naissance à un ou des produits présentant des particularités, de forme ou de caractère d'un autre mâle ayant fécondé antérieurement la femelle. (*Lancet* du 19 avril 1884, p. 703.) A. RIZAT.

Ablation de deux tumeurs solides périrénales. — Le Dr SPENCER WELLS enleva ces deux tumeurs sur une femme de 48 ans. Le début remonte à 1874, c'est-à-dire à dix années. En 1878, le volume qu'elles avaient communiqué à l'abdomen avait fait croire à une grossesse. En 1881, prolapsus utérin accompagné d'engourdissement et de raideur dans la jambe droite. L'opération est pratiquée le 3 novembre 1883. On endort la malade à l'aide du bichlorure de méthylène, et M. Spencer Wells pratique sur la paroi abdominale une incision comme pour l'ovariotomie. Une fois l'abdomen ouvert, on aperçoit une tumeur graisseuse recouverte du péritoine dont le tissu s'est relâché comme dans les tumeurs du ligament large. Cette tumeur fut énucléée d'une large cavité occupant le côté gauche du bassin et des lombes. Adhérent à la face postérieure de cette tumeur était un lambeau de tissu brunâtre qui n'était autre qu'une partie du rein, — le tiers environ, — le restant de l'organe et l'uretère étaient encore adhérents à la capsule. M. Wells enleva par le même procédé une seconde tumeur située dans le flanc droit, mais de ce côté le rein était intact; il y eut un peu plus de difficulté pour enlever la tumeur du côté gauche, à cause des adhérences qu'elle avait contractées avec le côlon descendant. La quantité de sang perdu fut insignifiante et la malade guérit parfaitement.

Les tumeurs étaient de nature fibro-lipomateuse et pesaient l'une 16 livres et demie (7 kilogr. 248 gr.), l'autre 14 livres et demie (6 kilogr. 342 gr.). (*British med Journ.*, 19 avril 1884, p. 758.)

A. RIZAT.

au-dessus de la flamme d'une lampe jusqu'à ce que, l'eau étant évaporée, la petite masse prenne la forme d'une perle de la consistance de la poix ; on porte cette perle sur l'ouverture de la pipe, et l'y maintenant de la main gauche, on l'y perfore au moyen de l'aiguille. que l'on retire brusquement ; la perle d'extrait est dès lors percée d'un petit trou, et la pipe prête à être fumée ; pour cela, on maintient la perle à quelques centimètres au dessus de la flamme de la lampe, en même temps qu'on aspire par le tuyau.

On ne prend pas le tuyau dans la bouche, on l'applique seulement sur les lèvres, pincées comme pour donner un baiser, et par de profondes inspirations, on fait pénétrer la fumée jusque dans les poumons ; la perle ne doit point flamber ni se carboniser.

Le Dr Thudicum se sert d'une pipe qui ressemble à une pipe à tabac ; elle se compose d'un tuyau et d'une tête en terre cuite, mais le foyer, au lieu d'être large comme la pipe habituelle, n'est représenté que par une excavation cylindrique de faible diamètre. La dose d'extrait aqueux d'opium est fixée par le docteur.

—

De la chloranodyne. (Dr Hurd.)

Lorsqu'on administre longtemps de l'opium, on constate des accidents variés ; on obvie à ces inconvénients en faisant usage du mélange suivant :

℞ Muriate de morphine...	0.006
Teinture de cannabis indica................	0.003
Chloroforme...........	0.125
Huile de peppermint......	0.0025
Teinture de capticum.....	0.0025
Acide hydrochlorique dilué.	0.017
Alcool..................	0.30
Glycérine...............	0.457

L'auteur de cette formule a donné de ce mélange dans vingt cas de choléra morbus très graves, dans la diarrhée saisonnière, dans une névralgie faciale.

On peut obtenir avec une dose correspondant à un huitième de grain de morphine (0,008) une action équivalente à celle qu'on obtiendrait dans l'administration de 3 centigr. de morphine seule.

—

Encre à écrire.

Nous croyons être agréable aux médecins qui habitent la campagne en leur donnant la formule d'une encre qu'ils peuvent préparer eux-mêmes et selon le besoin.

℞ Extrait de bois de campêche......	100	parties.
Eau de chaux.....	800	—
Acide phénique...	3	—
Acide hydrochlorique du commerce..........	25	—
Eau distillée.....	600	—
Gomme arabique pulvérisée.....	30	—
Bichromate de potasse..........	3	—
Eau distillée pour compléter......	1.800	—

Cette encre doit être préparée dans

un vase de porcelaine ou dans un vase émaillé.

On dissout dans l'eau de chaux l'extrait, on emploie une douce chaleur; on ajoute l'acide phénique et chlorhydrique; on chauffe de nouveau au bain-marie, on laisse refroidir, on filtre, on ajoute les autres substances, puis on filtre de nouveau. Cette encre est d'un beau rouge; elle passe au noir.

Stanislas MARTIN.

—

Pommade antinévralgique.

(G. MEINER.)

Extr. de belladone..	12	grammes
Vaseline...........	12	—
Poudre d'opium....	2	—

Aromatisez avec :

Essence de thym... s. q.

Mêlez. Frictionnez trois fois le jour; les frictions sont de cinq à dix minutes, on les interrompra *sitôt que la face* pâlira.

—

Potion de Lipperi.

Chlorhydrate d'apomorphine...	0.10 centigr.
Acide chlorhydrique...........	1 gramme.
Eau de laitue....	250 grammes.
Sirop de séné....	60 —

Contre les bronchites, catarrhes.

Toutes les quatre heures une cuillerée à café.

—

Procédé pour enlever les taches de nitrate d'argent sur les mains.

Iodure de potassium...........	10	grammes.
Eau distillée......	100	—
Ammoniaque......	1	—

Mêlez. Lavez les mains avec cette solution.

Les médecins ont à leur service un agent très puissant pour enlever les taches qu'ils peuvent se faire lorsqu'ils font des cautérisations; c'est le même dont les photographes font usage, mais son emploi est dangereux.

On peut encore employer le mélange suivant en solution : acide chlorhydrique, fragments de fils de cuivre, de façon que ce dernier se trouve toujours en excès.

—

Sirop de lacto-phosphate de chaux

(ROTHER.)

℞ Carbonate de chaux	150	parties.
Acide lactique....	360	—
Sucre............	6.545	—

Eau, suffisante quantité pour compléter 10,000 parties.

F. S. A. Filtrez au papier.

Stanislas MARTIN.

VARIÉTÉS

…urisprudence pharmaceutique. — Un arrêt du tribunal de …rg vient de décider que le bois de quinquina, l'huile de foie …morue, l'huile de ricin doivent être considérés comme des dro…s simples dont la vente au poids médicinal est interdite aux

épiciers. Par vente au poids médicinal, il faut entendre toute vente au détail, en vue d'un emploi curatif. Le vin de quinquina, les pastilles à la santonine, les biscuits vermifuges au semen-contra, l'eau sédative doivent être considérés comme des compositions pharmaceutiques dont la fabrication et la vente sont réservées aux pharmaciens. Le vin de quinquina, bien que souvent employé comme boisson digestive ou apéritive, n'en conserve pas moins la qualité de remède, quelque soit le but poursuivi par ceux qui s'en servent et qui l'absorbent. (*Le Droit* du 18 mars 1884.)

— Je vous ferai pleurer des larmes de sang ! On riait de cette menace, croyant la chose impossible. Or, on en a observé un cas dans le service d'hôpital de M. le Dr Panas. Le fait est rapporté dans les *Annales d'ophtalmologie*, par M. le Dr Damalix. C'est surtout la femme hystérique qui est sujette à pareil accident.

Le Dr Atkinson a vu une femme de bonne condition, mariée à 16 ans, morte à 64 et qui a eu *trente-neuf* enfants avec le même mari : 32 filles, 7 garçons. Tous atteignent leur majorité et deux grossesses seulement ont été doubles. C'est phénoménal !

NOUVELLES

— **Prix**. — La Société de médecine d'Anvers, à la suite du concours qu'elle avait ouvert pour des prix à décerner en 1884, vient d'accorder à M. le Dr Leriche, de Mâcon, sa première récompense (médaille d'or) pour un mémoire sur le *Rôle des germes dans la pathologie*. C'est sur un semblable sujet que M. Leriche avait été admis déjà à partager le prix Naudin à Toulouse en 1881.

Nous sommes heureux de voir cette distinction accordée à notre distingué collaborateur et ami.

— **Société de médecine légale** (séance du lundi 7 juillet 1884, à 4 heures très précises au Palais de Justice). — *Ordre du jour* : Rapport de la commission d'élection sur les titres des candidats à 10 places de membres correspondants nationaux. — Vote sur les conclusions du rapport de M. Rocher, relatif aux certificats demandés par les Compagnies d'assurances sur la vie. — Rapport de M. Laugier sur le procès-verbal d'autopsie de Saint-Elme,

transmis à la Société par les médecins experts de Bastia. — Rapport de M. Bordier sur une question de vente de médicaments par un médecin. — Relation par M. Barthélemy d'un fait d'empoisonnement volontaire par la strychnine ayant soulevé une question de secret professionnel. — Responsabilité légale, à propos de certaines explosions accidentelles d'armes à feu, par M. Liégey. — Rapport de M. Socquet sur deux cas d'infanticide.

OUVRAGES REÇUS

Le *Journal de médecine de Paris* a reçu :

Étude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire, par le professeur J. HUTCHINSON, ouvrage traduit et annoté par le Dr HERMET, avec une préface de M. le professeur A. FOURNIER. 1 vol. in-8, avec figures et deux planches. — Prix : 6 fr. (A. Delahaye et E. Lecrosnier).

De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants, par le Dr LACOUR. In-8, avec planches. — Prix : 3 fr. 50 (A. Delahaye et E. Lecrosnier).

De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse, par le Dr POUCEL. In-8. — Prix : 3 fr. (A. Delahaye et E. Lecrosnier).

Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens, par le Dr DE BRUN. In-8. — Prix : 3 fr. (A. Delahaye et E. Lecrosnier).

Étude clinique et expérimentale, sur la vision mentale, par le Dr CRONIGNEAU. In-8. — Prix : 3 fr. 50 (A. Delahaye et E. Lecrosnier).

La fièvre typhoïde, hypothèses et contradictions académiques, par le Dr A. CRÉTIN. 1 vol. in-8, de IV-216 pages. — Prix : 3 fr. (J.-B. Baillière et fils).

Leçons cliniques sur les maladies des enfants, par le Dr ARCHAMBAULT. 1 vol. in-8 de 160 pages. — Prix : 4 fr. (Librairie du *Progrès médical*).

Le mobilier scolaire, dans ses rapports avec l'hygiène de l'œil yope et en particulier *la table-chaise hygiénique* du Dr FONTAINE rgier; Paris, 1884, in-8° de 20 pages avec figures. — Prix 1 fr. .-B. Baillière).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juillet 1884. — Présidence de M. A. GUÉRIN.

— **Le choléra.** — M. BROUARDEL rend compte de la mission dont il a été chargé avec M. Proust, et, bien qu'il n'ait pas encore en main tous les documents, il peut néanmoins formuler quelques conclusions.

Le premier cas de choléra s'est montré à Toulon le 14 juin, le deuxième le 15, et tous les deux à bord du *Montebello*, navire qui a servi à la guerre de Crimée, et qui est, depuis longues années, placé dans le port de Toulon, en un point spécial appelé *la Division*. Ces deux malades n'avaient eu, les jours précédents, aucune communication ni avec Toulon, ni avec les bateaux du port : ils occupaient la même chambre donnant sur une autre à claire-voies, contenant de vieilles gibernes datant de la guerre de Crimée. Tous deux succombèrent, l'un le huitième jour, l'autre en vingt-quatre heures. On a d'abord cru au choléra nostras.

Le 21, mourait un lycéen, en six heures, loin du port. Le lycée fut licencié.

Au 22, on constatait déjà neuf décès par choléra.

Le 23, MM. Brouardel et Proust étaient à Toulon, où M. Rochard les avait précédés.

Était-on en présence d'une épidémie née sur place ou d'une épidémie importée? Les médecins de marine étaient d'avis que c'était bien le choléra asiatique ; MM. Brouardel et Proust faisaient leurs réserves. En effet, les symptômes sont les mêmes, les lésions anatomiques identiques, à ce point que l'anatomie pathologique, pas plus que la clinique, ne peut donner des caractères précis de diagnostic différentiel.

Il fallait donc étudier la marche du fléau et ses conditions de développement.

D'abord, MM. Brouardel et Proust ont cherché l'origine de l'épidémie actuelle, secondés par l'amiral Krantz, qui leur communiqua les livres de bord et leur fournit tous les renseignements dont ils pouvaient avoir besoin.

Le navire incriminé est la *Sarthe*, qui était à Saïgon le 1er avril, et qui devait porter du matériel au Tonkin. Un mécanicien était mort à cette époque du choléra ; le lendemain, un autre matelot fut pris, mais ne mourut pas. La *Sarthe* fut envoyée en quarantaine, complètement nettoyée, désinfectée, aucun autre cas ne se reproduisit et, le 23 avril, le vaisseau prenait le chemin de France et arrivait le 3 juin à Toulon. Pendant les quarante-cinq jours de traversée, il n'y eut pas un seul cas de choléra.

Du 7 juin, jour du débarquement, au 14, où apparut le premier cas de choléra, il n'y eut aucun contact entre la flotte et la division, qui étaient à 1,500 ou 1,800 mètres de distance, ni avec la population civile.

Donc, la *Sarthe* doit être considérée comme indemne.

On a incriminé le transport de sacs militaires rapportés de Cochinchine. Or, on n'a vendu qu'un seul de ces sacs, c'était celui d'un déserteur, et l'acquéreur était un homme du bord qui n'est pas descendu à terre.

Le 25 juin, MM. Brouardel et Proust adressaient leur premier rapport au ministre, constatant qu'il n'y avait pas eu la soudaineté d'explosion qui caractérise d'ordinaire le début des épidémies. Il y eut 6 morts sur 30 entrées à l'hôpital de la marine. Tout en admettant que le choléra était né sur place, ils recommandèrent d'agir comme si l'on était en présence du choléra asiatique, de faire camper la troupe en plein air, en défendant les communications entre elles et la population civile, l'isolement des malades et la désinfection rigoureuse.

Le 26 juin, MM. Brouardel et Proust, malgré une enquête minutieuse, n'avaient encore pu trouver la porte d'entrée du choléra et persistent à croire à un choléra local. Voici le relevé de la mortalité à Toulon :

20	juin	2	décès par choléra.
21	—	3	—
22	—	9	—
23	—	5	
24	—	1	—
25	—	6	—
26	—	10	—

Le 27, il y a un léger accroissement. Un cas de choléra a été observé sur le *Schamrock* qui allait partir pour le Tonkin, avec

1,110 personnes à bord, cas très bénin en apparence, qui fut suivi d'un autre ; ce qui fit évacuer tout le navire.

Une dépêche de M. Rochard au ministre de la marine ne fait que confirmer celle de MM. Brouardel et Proust.

Le 28, ils se rendent à Marseille.

Un jeune lycéen de Toulon, licencié comme tous ses condisciples, était allé à Marseille, où il est mort au bout de deux jours. Depuis lors, il y a eu huit décès cholériques à Marseille, dont deux contestables. L'enquête se poursuivra sur cette localité.

D'où cette conclusion de M. Brouardel, c'est que, si l'on ne peut encore saisir le point d'origine de l'épidémie actuelle, la manière dont elle se développe indique le choléra asiatique.

M. Brouardel termine en signalant toutes les conditions d'insalubrité de la ville et du port de Toulon.

M. FAUVEL persiste dans son opinion dissidente : pour lui, il ne peut admettre qu'on soit en présence du choléra asiatique, car on ne trouve pas la moindre trace d'importation.

M. Fauvel déplore les fâcheux effets que l'opinion de MM. Brouardel et Proust vont produire en Europe, au point de vue commercial. S'il s'agissait du choléra asiatique, les mesures prophylactiques conseillées seraient pour le moins inutiles, pour ne pas dire ridicules. M. Fauvel est d'avis que la maladie est locale et ne s'étendra pas.

M. PASTEUR combat l'opinion de M. Fauvel en rappelant qu'à Toulon, en 1865, les décès cholériques inscrits jour par jour se répartissaient ainsi : 1er jour, 1 décès ; 2e jour, 2 ; 3e jour, 1 ; 4e jour, 0, et ainsi de suite pendant quinze jours, où le chiffre des décès est monté à 20, pour s'y maintenir pendant quelque temps et décroître ensuite. Or, c'est ainsi que les choses se passent actuellement à Toulon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 *juin* 1884. — Présidence de M. G. SÉE.

Conicité du moignon. — M. TRÉLAT fait observer que le processus de guérison n'est pas le même si l'on cherche la réunion par première intention ou à ciel ouvert. Dans la première, on obtient des moignons épais, souples, mobiles ; il faut donc, dans ces conditions, des lambeaux étendus pour avoir une coaptation parfaite.

— **Fracture pénétrante du crâne ; fracture par contre-coup.**

— M. Chauvel lit un rapport sur une observation envoyée par M. Motti, recueillie sur un Arabe tué par un coup de feu tiré de près; on constata une fistule de la plaie d'entrée, s'étendant à l'étage supérieur, avec isolement absolu d'un fragment, fracture des deux voûtes orbitaires isolées.

D'où cette conclusion, c'est que les pressions se transmettent à toutes les parties de la voûte du crâne.

M. Berger est d'avis que les fractures indépendantes de la base du crâne, sans irradiation, ne s'observent qu'à la voûte orbitaire.

M. Trélat a fait des expériences d'où il résulte que les fractures irradiées sont de beaucoup les plus fréquentes, et que c'est presque toujours l'orbite qui est le siège de la fracture.

M. Desprès a observé un cas de fracture du crâne au vertex, suivie de mort par méningite. La fracture descendait vers la suture temporo-sphénoïdale.

M. Chauvel dit que si le coup de feu est tiré de près, il y a éclatement; il y a perforation, au contraire, s'il est tiré de loin. Les explications ne sont pas les mêmes si la fracture a été produite par coup de feu ou par contusion.

— **Kyste hydatique de la prostate; rapport.** — M. Nicaise lit un rapport sur une observation envoyée par M. Millet, relative à un homme de 59 ans ayant une rétention d'urine, et une tumeur dans la région prostatique, tumeur perceptible par le toucher anal et indolente.

On pratiqua une ponction, qui donna issue à 700 grammes de liquide contenant un peu d'albumine et des crochets. Survinrent de la diarrhée et l'issue de débris membraneux et de vésicules par le rectum. Le malade guérit.

M. Nicaise a réuni 33 faits, sur lesquels il compte 9 guérisons, 11 morts par rétention d'urine, 13 morts par complications non urinaires: sur 6 interventions chirurgicales, il y eut 1 décès.

Le traitement consiste en ponction; si elle ne suffit pas, incision et pansement iodoformé.

M. Nicaise croit que le siège habituel de ces kystes est dans les tissus musculaire et cellulaire, sans nier le siège dans la prostate elle-même.

— **Adénome du rectum.** — M. Pozzi a constaté chez une femme de 38 ans, qu'il avait soignée antérieurement pour une affection utérine, des hémorrhagies rectales, compliquées de ténesme et de diarrhée. Au toucher rectal on constatait, à deux centimètres de l'anus, une tumeur arrondie, framboisée, sessile. On enleva cette tumeur par l'instrument tranchant : il y eut une hémorrhagie assez abondante pour nécessiter l'application de deux ligatures. — Guérison.

L'examen microscopique fit constater la nature adénomateuse de la tumeur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 *mars* 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

M. Sevestre présente les pièces anatomiques recueillies

à l'autopsie d'un homme atteint d'**ulcérations tuberculeuses de la voûte palatine**, et dont M. Dujardin-Beaumetz a rapporté l'histoire clinique dans la séance du 28 décembre dernier. A l'autopsie, on a trouvé sur la muqueuse du palais les ulcérations observées pendant la vie, et qui ont subi, depuis l'époque où M. Dujardin-Beaumetz les a signalées, un accroissement considérable ; il n'en existe pas sur la langue ni dans le pharynx, mais elles se montrent de nouveau très prononcées dans l'intérieur du larynx. Les poumons renferment des lésions tuberculeuses à diverses périodes.

— M. DAMASCHINO présente à la Société des **micro-photographies** relatives à l'histologie normale et pathologique. Grâce à l'appareil qu'il a successivement perfectionné depuis trois années, on peut obtenir de bonnes épreuves et un grossissement variant depuis 2 diamètres jusqu'à 500, 1,000 et même 1,200 diamètres. L'appareil présenté par M. Damaschino est essentiellement composé : 1° d'une chambre noire à long tirage (2 mètres); 2° d'un microscope spécial et dont le tube offre un diamètre relativement considérable ; 3° enfin d'une source lumineuse fournie par la lumière oxhydrique, et dont les rayons, dirigés sur la platine du microscope, peuvent être rendus convergents, parallèles, ou même légèrement divergents, suivant qu'il est nécessaire selon l'objectif employé.

M. GRANCHER fait une communication sur la **valeur de l'auscultation et des bacilles pour le diagnostic précoce de la phthisie pulmonaire**. En résumé : 1° Les signes précoces de la tuberculose pulmonaire commune (altération de la respiration, particulièrement de l'inspiration), précèdent quelquefois de longtemps la toux et l'expectoration, la submatité, la bronchophonie, etc. Ces signes appartiennent à la période de germination de la tuberculose pulmonaire, ce que Bayle appelait : phthisie occulte. — 2° La présence bien constatée des bacilles tuberculeux dans les crachats est un signe *certain* de tuberculose, mais ce n'est pas un signe *précoce*. Le plus souvent, les signes physiques et rationnels sont antérieurs à l'apparition des bacilles dans les crachats, et le médecin ne doit pas attendre la présence des bacilles pour instituer un diagnostic et une thérapeutique. — 3° Si le diagnostic, par les signes physiques et rationnels, offre des incertitudes et des écueils, la recherche du bacille n'est pas exempte de causes d'erreur qui sont inhérentes à la méthode, aux réactifs, à l'observateur.

— M. LEREBOULLET donne lecture de son rapport sur le mémoire de M. Treille intitulé : **Note sur un réflexe douloureux du nerf cubital dans certaines dyspepsies gastro-intestinales.**

— M. DU CASTEL présente des pièces sur lesquelles on peut constater, dans la paroi d'une vaste caverne tuberculeuse, un anévrysme de l'artère pulmonaire du volume d'une petite noix. Le malade, à l'autopsie duquel cette lésion a été reconnue, était tuberculeux depuis plusieurs mois, et, en dépit d'une amélioration assez marquée des phénomènes généraux et locaux, a succombé à une hémoptysie presque foudroyante résultant de la rupture de cet anévrysme pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Sommaire de la séance du 29 mars 1884.
Présidence de M. P. BERT, vice-président.

Action du chlorure d'éthylène et du tétrachlorure de carbone : M. Rabuteau. — *Discussion* : M. Blanchard. — *Kyste de l'antre d'Highmore* : M. Galippe. — *Mode de formation des kystes des mâchoires* : M. Aguilhon. — *Fièvre nerveuse traumatique* : M. Ch. Richet. — *Action des hautes pressions sur les cils vibratiles* : M. Régnard. — *Diffusion des carbonates par les branchies* : M. Régnard. — *Analyse des paralysies psychiques* : MM. P. Richer et Gilles de la Tourette. — *Pathogénie de l'endartérite* : MM. Lépine et Blanc. — *Variations de l'heure du sommeil* : M. Stassano. — *Réactions médullaires motrices* : M. Couty. — *Immunité conférée par le cuivre* : M. Burq.

Sommaire de la séance du 5 avril 1884.
Présidence de M. FRANÇOIS-FRANK, vice-président.

Paralysies par suggestion : M. Bernheim. — *Préservation cuprique* : M. Bochefontaine. — *Conservation des cadavres* : M. Philipeau. — *Effets physiologiques de la paraldéhyde* : M. Quinquaud. — *Prédominance fonctionnelle du membre inférieur droit sur le gauche* : M. Delaunay. — *Recherche négative des microbes du xanthélasma* : M. Hanot. — *Colchicine cristallisée* : M. Houdé. — *Développement des kystes dentaires* : M. Magitot. — *Expériences sur les effets des hautes pressions* : M. Certes. — *Mode de pénétration du suc gastrique dans l'albumine* : M. Herzen.

Sommaire de la séance du 19 avril 1884.
Présidence de M. FRANÇOIS-FRANK, vice-président.

Produits épithéliaux dans le ligament alvéolo-dentaire : M. Malassez. — *Accommodation de l'audition biauriculaire* : M. Gellé. — *Suppression de la fonction d'inhibition cérébrale* : M. Ch. Richet. — *Marmite de Papin employée pour la stérilisation des bouillons de culture* : M. Heydenreich. — *Origine du sucre du lait* : M. de Sinéty. — *Parole chez les aphasiques* : M. Brown-Séquard. — *Cuivre dans les confitures* : M. Galippe. — *Ethérisation par la voie rectale* : M. Debierre. — *Développement de la région vestibulaire* : MM. Tourneux et Wertheimer. — *Développement des uretères* : M. Tourneux.

Sommaire de la séance du 26 avril 1884.
Présidence de M. FRANÇOIS-FRANK, vice-président.

Élévation de la température profonde par le travail cérébral : M. Gley. — *Développement des diatomées* : M. Pouchet. — *Mécanisme de la mort à la suite des injections sous-cutanées de chloroforme* : M. Laborde. — *Comparaison de la léthargie et du somnambulisme* : M. Brémaud. — *Anesthésie du conduit auditif et de la membrane tympanique par la douche d'acide carbonique* : M. Gellé.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE

Séance du 7 avril 1884.

Présidence de M. DANJOY, vice-président (*Suite*).

DES INDICATIONS DES EAUX DE LA MALOU DANS LE TRAITEMENT DES NÉVROSES (*Suite et fin*).

Par le Dr A. BELUGOU (de La Malou), membre *correspondant national*.

La coïncidence du rhumatisme, de l'anémie, de l'épuisement, de l'aménorrhée sont des conditions favorables. L'existence d'un tempérament scrofuleux ou herpétique, la complition d'une lésion cardiaque constituent au contraire autant d'écueils ou de dangers. Dans l'étude des effets balnéaires, j'ai tenu le compte qu'il convient de la marche spontanée de la danse de Saint-Guy vers la guérison, et, autant que possible, j'ai choisi mes observations parmi celles dont la durée dépassait les limites ordinaires, ou dont l'évolution s'accentuait plutôt dans le sens de l'aggravation : de telle sorte qu'il est impossible d'attribuer au développement régulier de la maladie les heureux résultats produits par la médication thermale.

Quant aux contre-indications, loin de les dissimuler, j'en ai fait soigneusement ressortir toute la gravité et j'ai considéré comme un devoir de signaler le danger, en indiquant la ressource.

ÉPILEPSIE.

Il me resterait maintenant, pour terminer l'étude de l'action des eaux de La Malou dans les névroses proprement dites, dans les grandes névroses, d'apprécier l'influence de ces thermes dans l'épilepsie. On me permettra d'être bref sur ce sujet. J'ai la conviction que cette redoutable névrose ne trouve pas aux eaux minérales des conditions particulièrement favorables à sa guérison. Le mal comitial exige une méthode thérapeutique longuement poursuivie et sans interruption, et qu'on ne saurait demander au traitement thermal qui évolue dans des limites d'une durée assez restreinte. J'estime enfin qu'il trouve, dans le groupement des baigneurs, dans les exigences d'une vie commune à peu près inévitable, des circonstances pénibles, et, dans une certaine mesure, préjudiciables.

Je n'insiste pas davantage sur ces considérations qui sont dans l'esprit de tous les praticiens; mais je dois ajouter que si une exception devait être faite à la ligne de conduite que je viens d'indiquer, c'est à La Malou qu'elle devrait être appliquée de préférence.

Ces eaux peuvent invoquer en leur faveur le témoignage de trois grands praticiens : Lallemand, Chrestien et Caizergues, et les observations de leurs anciens inspecteurs : MM. Dupré et Privat.

Dans sa monographie publiée, en 1842, M. le professeur Dupré rapporte deux cas de guérison de mal épileptique par les eaux de La Malou sous les titres suivants : 1° épilepsie essentielle guérie par l'usage prolongé des eaux de La Malou; 2° aura epileptica guérie par les eaux de La Malou. Les observations de M. Privat sont au nombre de trois. En voici le résumé succinct : 1° Epilepsie datant de dix-huit mois chez une jeune fille de 11 ans 1/2 ; point très douloureux à l'extrémité de l'indicateur droit; première cure, amélioration notable; deuxième cure, guérison; troisième cure, bonne santé. 2° Epilepsie héréditaire datant de quatre ans et demi; crises fréquentes ; première cure, amélioration ; deuxième cure, amélioration persistante; sans nouvelles. 3° Crises d'hémicranie héréditaire, vertiges depuis trois ans; attaques mensuelles d'épilepsie depuis deux ans ; première cure, amélioration notable ; deuxième cure, guérison ; troisième cure, dite de précaution.

Ces cinq observations ont été recueillies par deux médecins dont on ne saurait suspecter la compétence et la sincérité. Il est impossible de ne pas être frappé des résultats obtenus. Il semble donc, après leur lecture, qu'il n'y ait plus qu'à conclure en faveur de l'efficacité des eaux de La Malou. Je ne saurais m'associer sans les plus vives réserves, à cette conclusion, à laquelle mon expérience personnelle contredit complètement. Il m'est arrivé quelquefois de voir à La Malou des malades présentant des symptômes plus ou moins épileptiformes ; j'ai même publié, dans un de mes derniers travaux, un cas de névralgie épileptiforme de Trousseau traité à La Malou avec succès. Mais je n'ai eu à soigner qu'un seul cas d'épilepsie parfaitement confirmé, et quoi qu'il se soit alors agi d'une jeune fille profondément anémique, je n'ai obtenu que des résultats absolument négatifs. Je sais bien qu'un seul témoignage ne saurait suffire : *testis unus, testis nullus*. Je ferai remarquer cependant que la malade se trouvait dans une des conditions que j'ai établies comme particulièrement favorables à la cure de La Malou, et j'ajoute que, chez elle, les symptômes de l'anémie se sont favorablement amendés, sans amener aucune modification parallèle de la névrose.

Malgré les exemples que je viens de résumer, malgré les conseils de Lallemand et de Chrestien, je réserverai donc à l'emploi des eaux de La Malou dans l'epilepsie un rôle très [se]condaire, comme à modifier l'état général quand les altéra[tio]ns de cet état présentent une importance considérable, et, [co]nformément aux considérations générales que j'ai énon[cé]es, je laisserai le rang principal aux médications nettement [pr]ouvées, telle que la médication par les bromures.

Je répondrai ainsi au principe que je me suis imposé de remplacer l'énumération routinière des vertus des sources de La Malou par la recherche de leurs véritables indications, en restreignant leur application aux seuls cas que mes observations personnelles m'ont démontrés comme indiscutables.

M. Petit, *correspondant national*, fait la communication suivante :

Messieurs,

Je vais envoyer, le mois prochain, à l'exposition internationale d'hygiène de Londres, une carte schématique des *Bains de France*.

Cette carte, de 4 mètres de haut sur 4 m. 50 de large, indique, suivant leur importance, les *villes d'eaux minérales*, les principales sources avec leur analyse et leur température, les *villes à séjour d'hiver*, les *plages de bains de mer* les plus fréquentées, les moyens d'accès aux différentes stations, les altitudes intéressantes, etc., etc.

Vous connaissez peut-être ma petite carte des eaux minérales d'Auvergne. Ma carte des Bains de France est composée et dessinée dans le même style, et j'espère qu'à Londres, où tous les médecins, sans exception, iront certainement visiter plusieurs fois l'exposition d'hygiène, les richesses hydrologiques de la France ne passeront point inaperçues, et que nos nombreuses stations d'hiver et d'été, sauront attirer l'attention du corps médical anglais, comme elles le méritent à tous égards.

J'espère aussi que si quelques-uns d'entre vous vont à Londres visiter l'exposition d'hygiène, ils voudront bien me communiquer les desiderata de ma carte, que j'ai exécutée sur toile et à l'huile pour en faciliter les corrections avant de songer à la gravure.

Vous savez, messieurs, tout ce que font nos voisins d'outre-Rhin pour faire connaître leurs stations, aussi, j'ai voulu moi-même tenter en France un petit effort pour aider à mettre en relief les richesses hydro-minérales de notre pays, et je m'estimerai très heureux si l'idée de ma carte schématique est approuvée par vous tous, et si vous voulez bien accorder vos encouragements et votre bienveillante protection à une œuvre bien modeste, mais bien sincèrement patriotique.

EXAMEN CRITIQUE DES PRINCIPAUX PROCÉDÉS APPLIQUÉS A LA PULVÉRISATION DES EAUX MINÉRALES

Par le Dr Paul Bénard.

Nous ne croyons pas nous écarter sensiblement de la question de la douche locale en abordant l'étude des différents

procédés usités pour produire et administer la pulvérisation. La pulvérisation n'a rien de commun avec la douche lorsqu'elle constitue simplement une atmosphère liquide qui baigne la surface des organes malades, ou qui pénètre dans leurs cavités ; mais lorsque le liquide pulvérisé conserve la force de projection que lui a transmis l'appareil pulvérisateur, lorsqu'il est associé à un jet de liquide grossièrement divisé, ou lorsqu'il est porté par un jet de gaz ou de vapeur, animé lui-même d'une certaine force d'impulsion, il devient une véritable douche percutante contrairement, ou conformément au but que l'on se propose.

Les effets, on le conçoit bien, sont essentiellement différents, suivant que l'on met en jeu l'un ou l'autre de ces modes de traitement. Entre la simple atmosphère d'eau minérale et la douche d'eau pulvérisée, il y a la même différence qu'entre les procédés balnéaires et la douche hydrothérapique, différence aussi tranchée par les résultats thérapeutiques que par les caractères physiques.

Cependant, dans la pratique, on méconnaît à chaque instant la nécessité de cette indispensable distinction. On mentionne la température et la durée des bains, la forme de la douche hydrothérapique, la dose de l'eau en boisson, mais on n'indique que rarement la forme sous laquelle est administrée la pulvérisation.

Cette confusion regrettable trouve une excuse dans la complexité des procédés employés; car beaucoup d'entre eux tiennent le milieu entre les deux termes extrêmes, ou même passent insensiblement de l'un à l'autre, suivant la façon dont ils sont mis en usage. Néanmoins il est toujours possible de déterminer dans chaque cas particulier ce qui revient à la douche, ce qui appartient à la pulvérisation simple.

C'est particulièrement à ce point de vue que nous examinerons les principaux procédés de pulvérisation, tout en cherchant à nous rendre compte des avantages et des inconvénients que présente leur application dans les différents cas qui comportent leur emploi.

Nous ne ferons pas ici l'historique de la pulvérisation. On sait que cette méthode inventée ou tout au moins vulgarisée par Sales-Girons, pour remplacer l'inhalation des vapeurs reconnues trop pauvres en principes minéralisateurs, a pour but de préparer les liquides médicamenteux, les eaux minérales en particulier sous une forme spéciale, voisine en apparence de l'état gazeux, qui les fait participer aux avantages inhérents à cet état, sans altérer très notablement leur composition. Ces avantages, on le sait, ne résultent pas seulement de la possibilité de mettre le liquide ainsi préparé en contact

avec une surface qui ne pourrait que peu ou point le tolérer sous sa forme normale; ils résident encore dans une action modificatrice spéciale qui augmente la puissance de l'eau minérale ou qui s'ajoute à ses effets. C'est pour mettre à profit cette action *sui generis* de la pulvérisation, que l'on a étendu au traitement d'affections facilement accessibles sous le nom de *pulvérisation externe* cette méthode de traitement dirigée, dans le principe, exclusivement contre les affections profondément situées des bronches et du poumon.

Nous n'avons pas à discuter ici sur la nature et les propriétés spéciales de cet état particulier de l'eau minérale. Que les liquides pulvérisés partagent avec les gaz et les vapeurs une facilité d'absorption que les expériences de Reveil avec l'hydrotère tendraient à leur attribuer, que leurs effets, au contraire, trouvent leur explication dans une simple action de contact, l'efficacité de la méthode n'en est pas moins un fait reconnu. Nous ne devons nous occuper en ce moment que de son mode d'application.

A ce dernier point de vue, l'état physique et la forme des éléments pulvérulents pourrait nous fournir d'assez utiles indications. Est-ce sous la forme de petites bulles gazeuses entourées d'une enveloppe liquide, ou simplement sous celle de fines gouttelettes dépourvues de noyaux gazeux qu'ils sont suspendus dans l'air ambiant? Jamin et Lefort (cités par Béni-Barde (1), Raucher dans nos Annales (2), le Dr Moëller dans son important ouvrage sur la thérapeutique locale des maladies de l'appareil respiratoire, paraissent incliner vers la première opinion; mais leur manière de voir, appuyée sur des données purement théoriques n'a pour eux-mêmes qu'une valeur tout à fait hypothétique.

L'analogie frappante qui existe entre l'état apparent des liquides pulvérisés et celui des nuages et des brouillards suspendus comme eux dans l'atmosphère ne nous apprend encore rien, car si la plupart des physiciens semblent portés à se prononcer en faveur de l'état sphéroïdal (Gossin), le problème n'a pas encore reçu de solution définitive (Bouton et d'Almeida) (3). D'ailleurs, il faut bien reconnaître que les conditions qui président à la formation des uns et des autres sont essentiellement différentes, les nuages provenant de la condensation des vapeurs, tandis que la pulvérisation est produite par la fragmentation des liquides.

Faute de données expérimentales et positives, nous avons dû nous contenter de nos propres observations, bien gros-

(1) Dict. de méd. et de chir. prat., art. *Pulvérisation.*
(2) T. XVIII, p. 302.
(3) Traité de physique.

sières à la vérité, et que nous ne présentons ici que sous les réserves que nous imposent une trop courte expérimentation et l'absence de connaissances spéciales.

Dans une première série d'expériences, nous avons placé sur le porte-objet d'un microscope éclairé directement par la lumière solaire un morceau de drap percé d'un trou de quelques millimètres. Après avoir mis au point notre instrument de manière à observer nettement (avec un grossissement de 80 diamètres environ) les bords de l'orifice du morceau de drap et les filaments qui s'en détachaient, nous avons fait mettre en marche différents pulvérisateurs disposés à cet effet. Nous avons alors vu tomber les fines gouttelettes provenant de la pulvérisation sur les filaments laineux et s'y attacher. L'observation plus prolongée nous a montré les particularités suivantes :

1° Les gouttes d'eau n'adhèrent pas seulement aux fils par leur surface, mais suivant toute la longueur de leur diamètre, sont souvent traversées par eux et par conséquent paraissent les mouiller.

2° Elles disparaissent *insensiblement*, par évaporation, après être devenues ovalaires puis fusiformes, sans raccourcissement de la partie adhérente qui devient l'axe du fuseau.

3° Elles ne nous ont paru *se briser* que dans une seule expérience faite avec le pulvérisateur à vapeur. Mais, n'ayant pu constater cette rupture dans aucune autre circonstance, nous croyons devoir attribuer ce phénomène apparent à une illusion produite par les conditions défectueuses de cette expérience. (Lumière trop vive et trop fort grossissement.) Quelquefois une très petite bulle gazeuse adhère à la surface de la gouttelette principale. Dans ce cas, on voit très nettement la première se briser et s'évanouir brusquement, tandis que la seconde disparaît lentement par évaporation.

4° Lorsqu'une gouttelette nouvelle tombe sur celle qui est observée, on les voit se confondre immédiatement en une gouttelette unique plus grosse et absolument sphérique, qui adhère au filament suivant une plus grande longueur et sans présenter aucune apparence de cloisonnement. Un rapide courant circulaire se produit dans la gouttelette primitive. Quelquefois une trop petite bulle gazeuse entraînée dans ce courant en suit les mouvements sans paraître rester toujours à la surface.

La chaleur solaire concentrée par une lentille ou par un [illegible] ir concave hâte leur évaporation au lieu de les dilater.

[illegible] iant à leur diamètre, qui varie considérablement suivant [illegible] procédés employés, il mesure, lorsque la pulvérisation [illegible] ine, de 0mm05 à 0mm03, dimensions sensiblement égales

à celles des particules élémentaires des nuages, évaluées suivant Kaemtz (1) à 0mm02 ou 0mm03 en moyenne.

Un second mode d'expérimentation plus commode que le précédent nous a donné des résultats analogues : Nous avons substitué à l'étoffe de laine une plaque de verre recouverte d'une assez épaisse nappe d'huile. Les gouttelettes tombant sans se déformer sur cette dernière peuvent être observées avec la plus grande facilité, soit à la lumière directe, soit à la lumière réfléchie. Ce procédé, qui permet de suivre tout à loisir leur évolution jusqu'à leur complète évaporation, convient surtout très bien à leur mensuration absolue ou comparative.

En somme, si nous n'osons pas encore émettre une affirmation positive, les différentes particularités que nous venons d'énumérer, nous paraissent difficiles à concilier avec l'hypothèse des bulles gazeuses et nous portent à conclure, jusqu'à la preuve du contraire, que les liquides pulvérisés sont à l'état de fines gouttelettes pleines et sphériques, qui, grâce à leur extrême ténuité, peuvent rester en suspension dans l'atmosphère aussi bien et mieux encore que les poussières de corps solides d'une densité égale ou supérieure.

Parmi leurs propriétés physiques, il en est une qui nous intéresse tout particulièrement : c'est la facilité avec laquelle les corpuscules finement, ou pour mieux dire *véritablement* pulvérisés, cheminent dans un milieu gazeux, se laissent dévier par les courants, ou se réfléchissent sur les surfaces résistantes sans se confondre ensemble d'une manière sensible et sans adhérer très notablement aux obstacles qu'ils rencontrent.

Sales-Girons avait remarqué qu'une fine pulvérisation dirigée contre un miroir paraissait rebondir sur sa surface sans la ternir (2). Les conséquences de ce phénomène, qui a dû contribuer puissamment à faire croire à l'existence d'un noyau gazeux au centre des corpuscules liquides, sont faciles à déduire.

(1) Cité par Desplats et Gariel.
(2) Annales de la Société d'hydrologie, t. XVIII.

(A suivre.)

Le Gérant : Dr A. Lutaud.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

4e Année. — T. VII. N° 2 12 Juillet 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'affluence est moins nombreuse ; le choléra perd du terrain à la rue des Saints-Pères, mais il en gagne malheureusement à Toulon et à Marseille.

Malgré la persistance de M. Fauvel à croire à un choléra nostras qui doit s'éteindre sur place, ainsi qu'il l'écrit du fond de sa retraite (à Saint-Sébastien sans doute), l'épidémie fait plus de victimes chaque jour, comme nous l'annonce M. Rochard dans son excellent et très écouté discours.

Il raconte ce qui s'est passé depuis le départ de MM. Brouar-

FEUILLETON

LE CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE LA HAYE.

Le comité d'organisation du 5me congrès international d'hygiène et de démographie vient de distribuer son programme. Il n'aurait certes pas eu besoin de le composer avec tant de soin pour attirer de nombreux médecins dans la capitale de la Hollande. Il n'y a guère, en effet, d'institution moderne qui ait plus de vitalité que les congrès médicaux ; aussi prennent-ils chaque année une extension de plus en plus grande. On y [...]ve réuni l'agréable et l'utile; car personne ne contestera, je [...]ère, que le praticien qui vient de se surmener pendant toute [...] année de labeurs et d'ennuis quotidiens ne soit fort aise de [...]iver ce prétexte de bon ton pour se reposer quelques jours, et [...]er à prix réduits en pays inconnus, et en bonne, joyeuse

del et Proust. Il parle de l'extension de l'épidémie, des foyers locaux qui commencent à se former et il affirme hautement la nature asiatique du fléau qui désole Toulon et Marseille. Est-ce grâce aux précautions prises, aux soins mieux entendus, mais les cas foudroyants sont rares, ils ont au moins une durée de six heures (ce qui, dit l'orateur, donne le temps de la réflexion). Puis les mesures sont prises avec activité par les autorités et les municipalités en particulier, et c'est sans-doute à ces précautions qu'on doit un nombre de guérisons considérable ; le nombre des morts n'est pas le quart du nombre des malades atteints ; c'est un fait qui ne s'est pas vu dans les épidémies précédentes.

Nous ne voulons pas, certes, défendre les moyens administratifs employés dans les gares ; nous reconnaissons qu'il n'était guère nécessaire d'y soumettre Monsieur Rochard et sa malle ; nous pensons comme lui que ces désinfections devraient être dirigées par des médecins ; mais, telles quelles, nous les préférons à l'abstention ; elles disent aux voyageurs : Prenez garde ! et si elles ont fait penser à ceux qui viennent de quitter un cholérique qu'ils feraient bien de se laver les mains, j'estime que ces mesures, tout administrativement absurdes qu'elles sont, ont cependant leur utilité, et nous aimons mieux les précau-

---

et scientifique compagnie. Ce moyen fort ingénieux de pouvoir chaque année s'octroyer un congé est fort goûté de la plupart de nos confrères ; aussi dès qu'arrivent les premiers beaux jours de juin, se demandent-ils quel est le pays non encore exploré qui sollicite, en leur offrant un congrès, l'honneur d'avoir à les héberger. Il n'ont cette année que l'embarras du choix. En France, Blois les a déjà conviés ; mais pour ceux que tentent les voyages lointains, ils peuvent hésiter entre Copenhague, où va se tenir la huitième session du congrès international de médecine du 10 au 16 août, et la Haye, où aura lieu, du 21 au 27 août, la 5me session du congrès international d'hygiène et de démographie : qu'ils songent, cependant, que la Haye se trouve presque sur la route de Copenhague à Paris, qu'il leur sera possible de s'y arrêter en revenant du Danemark, et qu'il leur suffira de 20 jours à peine pour visiter deux des contrées maritimes les plus curieuses du globe et les plus sympathiques

tions mal prises que l'absence complète de soins, puisqu'en ces matières l'autorité jalouse s'entoure de chimistes et de négociants au lieu d'avoir recours aux médecins hygiénistes.

Ces mesures imparfaites comme hygiène générale, portent cependant les particuliers à s'entourer de tous les soins de l'hygiène privée, et je les comparerai volontiers aux innocentes affiches qui recommandent de prendre garde aux pick-pockets et cependant n'arrêtent pas les voleurs.

Monsieur Rochard tire de l'événement actuel cet enseignement que quand le choléra a passé la mer Rouge il est bien prèsde venir en Europe,et que c'est là qu'il aurait fallu appliquer les mesures préventives l'année dernière, et ne pas laisser tomber en désuétude les réglements si judicieusement observés jusqu'en ces derniers temps. Maintenant il ne nous reste plus qu'à supporter bravement le choc de l'ennemi.

L'orateur reconnait que nous ne pouvons absolument fermer toutes les portes au fléau déjà entré chez nous, mais que ce n'est pas une raison pour les lui ouvrir toutes grandes. Aussi il trouve que Toulon a fait de merveilleux progrès comme propreté et, cependant, d'après sa description, Toulon est encore bien loin de la perfection idéale sous ce rapport.

M. Rochard passe ensuite en revue les remèdes employés ; il

à la France. La Compagnie pour l'exploitation des Chemins de fer de l'état Néerlandais a bien voulu accorder une remise de demi-place (tarif plein à l'aller, retour gratuit) aux membres du congrès : elle fera délivrer au titulaire d'une carte d'inscription au Congrès un billet d'aller et de retour spécial *essentiellement personnel* et valable du 17 au 31 août 1884. Il est probable que le chemin de fer de l'Etat Belge et le chemin de fer du Nord accorderont la même faveur aux *membres inscrits* du congrès. Le comité d'organisation du congrès recommande aux médecins étrangers qui ont l'intention de se rendre à la Haye de ne pas trop tarder à se faire réserver un appartement dans un bon hôtel : pour plus de sécurité il a formé un comité de logement auquel on peut s'adresser.

Le but du congrès de la Haye est de réunir tous ceux qui voudront discuter les questions se rattachant aux progrès de l'hygiène et de la démographie, et aux intérêts de la santé pu-

trouve que dans l'épidémie actuelle les injections sous-cutanées d'éther ont rendu de grands services.

Les injections de morphine n'ont pas donné ce qu'elles semblaient promettre, celles d'atropine réussissent mieux. Les inhalations d'oxygène ont, au contraire, donné d'excellents résultats, sans cependant qu'on puisse affirmer qu'elles aient été seules l'agent des guérisons obtenues.

Enfin, l'orateur termine en parlant de la mission de M. Koch, envoyé par le gouvernement de Berlin pour faire des études sur l'épidémie de Toulon; il raconte qu'il l'a installé en mettant à sa disposition tous les éléments dont il pourrait avoir besoin et qu'il l'a quitté en lui confirmant qu'il était à Toulon absolument comme chez lui.

M. Besnier prend ensuite la parole, mais le public est si satisfait du discours de M. Rochard qu'il ne veut sans doute pas en entendre d'autres, et il sort avec un tel bruit qu'il est impossible de saisir le sens de la lecture de l'honorable M. Besnier. Après quoi l'Académie se forme en comité secret.

— Nous approuvons moins le vote de l'Académie tendant à supprimer la fête nationale. Outre que ce corps savant n'était pas consulté sur cette question, nous pensons que la suppres-

---

blique. Tous ceux qui se seront fait inscrire et qui auront versé une cotisation de 10 florins des Pays-Bas seront admis comme membres du congrès et recevront un exemplaire du compte rendu des travaux de la session. Cette cotisation sera versée par les adhérents, en même temps qu'ils enverront leur adhésion ; le secrétariat reçoit dès maintenant ces adhésions ; mais on pourra également se faire inscrire à la Haye pendant la durée du congrès.

Les travaux du congrès embrasseront l'hygiène individuelle, l'hygiène générale, la police sanitaire, la démographie et la statistique médicale.

Il sera formé cinq sections.

1re SECTION. — *Hygiène générale et internationale* : prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses, etc...

2me SECTION. — *Hygiène des villes et des campagnes*. — Assainissement. — Approvisionnement d'eau. — Vidanges. — Eclai-

sion d'une fête habituelle eût eu une influence déplorable sur le moral de la population.

H. B.



REVUE PROFESSIONNELLE

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE.

La Société médicale du IX[e] arrondissement de Paris a reçu de M. le D[r] Landé le travail suivant, que nous nous empressons de publier :

La Société médicale du IX[e] arrondissement de Paris a examiné, dans une de ses réunions, le projet de statuts de la Caisse de pensions de retraite du corps médical français, et M. le D[r] *Delefosse* a bien voulu me communiquer les objections faites par plusieurs membres de cette Société, ainsi que les conclusions prises après la discussion qui s'en est suivie.

Je remercie bien cordialement mon honorable confrère, et je traiterai chacun des points soulevés par son intéressante lettre, en la divisant, comme je l'ai fait pour les nombreuses lettres

---

...ge. — Edifices publics. — Inhumation, Crémation. — Drainage. — Déboisement. — Moyens publics de transport, etc...

3[me] SECTION. — *Hygiène individuelle.* — Acclimatement. — Alimentation. — Vêtements. — Habitation. — Education ; enseignement ; Gymnastique, etc... — Enfants trouvés.

4[me] SECTION. — *Hygiène professionnelle.* — Economie sociale. Etablissements insalubres. — Accidents professionnels. — Cités ouvrières. — Garnis. — Crèches. — Hygiène navale, militaire.

5[me] SECTION. — *Démographie.*

Le comité d'organisation du congrès choisira dans chaque section un certain nombre de questions à discuter et il invitera à les traiter les savants qui lui sembleront préparés à cette tâche par leurs travaux antérieurs. Il sera fait de chacune de ces questions un résumé qui servira de base à la discussion qui sera communiqué d'avance aux membres du congrès. ...que section pourra d'ailleurs, s'il lui reste du temps, re-

auxquelles j'ai déjà répondu. Il y a dans ces réponses bien des redites, mais sans doute ce sont les détails les plus importants (dans la pratique) — ou les moins clairs — (dans ma rédaction) — que me valent ces objections réitérées. Dans l'un ou l'autre cas, mon devoir est d'établir bien nettement la situation, de bien préciser chaque cas particulier, c'est ce que je tâcherai de faire de mon mieux.

J'espère que mes explications satisferont mes confrères de la Société médicale du IXe arrondissement, sinon je me mets à leur entière disposition pour, à mon prochain voyage à Paris, traiter oralement la question devant eux.

XXXIII. — *Demande.* — Il n'est rien dit des frais de gestion, etc., ce qui est le point le plus important dans toute société qui se fonde. Ils doivent être considérables pour une association qui s'étend à toute la France.

Réponse. — Les frais de gestion seront au contraire très minimes, puisque les gérants, c'est-à-dire les membres du comité directeur et du conseil des Censeurs auront des fonctions purement gratuites, et qu'il ne leur sera alloué que des indemnités de voyage et des frais de bureau (art. 3).

D'autre part, les cotisations doivent parvenir franco au tré-

---

cevoir des communications en dehors du programme officiel.

La langue française sera adoptée comme langue courante, et cette gracieuseté de la part de nos collègues de Hollande ne contribuera pas peu, nous l'espérons du moins, à déterminer nos compatriotes à faire le voyage. Les membres du congrès pourront s'exprimer en d'autres langues s'ils le désirent, mais les communications ainsi faites seront résumées en français par l'un des membres présents à la réunion. Les programmes et les conclusions du rapport seront publiés en français et en allemand.

Le congrès se réunira deux fois par jour, le matin pour les travaux des sections, le soir pour ceux de l'assemblée générale. Dans les séances générales du soir il sera fait des conférences sur les questions suivantes : M. Pasteur traitera de l'atténuation des virus ; M. Rochard de la valeur économique de la vie humaine ; M. Marey des forces utiles de la locomotion ; M. Emile

sorier ou sont recouvrées aux frais du sociétaire (art. 8), et la retraite est remise au pensionnnaire lui-même ou lui est adressée à ses frais (art. 26).

Les frais de gestion se réduisent donc aux indemnités de voyages allouées aux membres du conseil général de l'Œuvre habitant la province, et aux frais de bureau des deux conseils. Ces frais seront couverts et au-delà par l'intérêt de l'année courante des cotisations. Les cotisations sont versées à partir du 1er mars, mais, dans les calculs, elle n'ont été considérées comme portant intérêt qu'à partir du 1er janvier suivant. Si le nombre des adhérents est assez considérable, il y aura ainsi chaque année un boni de quelques centaines de francs qui suffira et au-delà pour les frais de gestion.

XXXIV. — *Demande.* — On parle d'intérêts composés, mais à quel taux ?

Réponse. — J'ai supposé l'argent placé à 4 p. 0/0. Il appartiendra au Comité directeur de trouver, si possible, des placements sûrs, plus rénumérateurs, ce sera tout bénéfice pour la Caisse, puisque les calculs ont été établis en prenant pour taux normal 4 0/0.

XXXV. — *Demande.* — L'argent, pour donner une garan-

Trélat du régime, de la température, de la maison et de l'air qu'on y respire; M. Pacchiotti (de Turin) de l'hygiène publique à présent et à l'avenir ; M. Finkelnburg (de Bonn) des applications pratiques des progrès récents de la doctrine des virus à l'hygiène publique; M. Stéphen Smith (de New-York) du service sanitaire maritime des Etats-Unis ; M. Corfield (de Londres) de la science ennemie de la maladie ; M. Crocq (de Bruxelles) des eaux potables. Quant aux questions proposées aux diverses sections, elles sont des plus intéressantes et des plus pratiques ; malheureusement elles sont trop nombreuses pour que nous puissions les reproduire dans cet article. Qu'il nous suffise de dire que nous avons été heureux de voir parmi les [r]orteurs désignés pour chacune d'elles les noms de plusieurs [d]os compatriotes, de telle sorte que nous pouvons affirmer [a]ujourd'hui que la France tiendra dignement sa place au [co]ngrès international de la Haye. L. B.

tie, doit être déposé à la Banque de France, alors on perd l'intérêt !

Réponse. — Il y a là une grosse erreur. Quand les statuts seront déposés à la Banque de France, cela veut dire, non pas l'argent en nature, c'est-à-dire de l'or ou des billets de banque seulement, mais les valeurs telles que actions, obligations ou autres titres. Le trésorier ne doit laisser à l'état de valeur monnayée, c'est-à-dire improductive, que la somme nécessaire aux dépenses courantes. Tout le reste doit être immédiatement employé en achat de valeurs de tout repos rapportant intérêt. La Caisse sera dans la situation d'un riche particulier déposant sa fortune à la Banque, en valeurs, lui donnant intérêt pour le principal, et en argent pour la somme qui lui est nécessaire en dépenses courantes.

XXXV. — *Demande.* — Le capital inaliénable se composant de valeurs à lots, etc., il est impossible de faire des calculs justes, car on ne connait pas le taux d'achat, et partant, l'intérêt du capital.

Réponse. — Cette objection me paraît un peu naïve : Pourquoi la Caissse ne pourrait-elle pas faire ce que ferait chacun de nous, si nous avions une certaine somme à placer ?

J'hérite, je suppose, de 100,000 francs et je me dis : Je vais placer cette somme à 4 0/0. Ai-je besoin pour cela de savoir, *a priori*, le taux du 3 0/0 des obligations foncières, des obligations de Paris ou de toute autre grande ville, ou des actions des grandes lignes de chemin de fer ? Nullement, je vais chez mon agent de change, je consulte la cote et je combine mes achats de façon à avoir 4,000 livres de rente. Ce que je fais comme particulier, le trésorier le fera pour l'Association, et cet intérêt de 4 0/0 est assez facile à obtenir, pour que les calculs qui l'ont pris pour base soient considérés comme justes. Si l'on peut obtenir un intérêt supérieur, ce sera, je le répète, tout bénéfice pour la Caisse.

XXXVI. — *Demande.* — Il eût été nécessaire d'établir comment les tableaux de prime ont été faits.

Réponse. — Rien de plus simple. Tableau A. Les cotisations indiquées pour chaque âge sont calculées de telle façon que, les supposant versées régulièrement jusqu'à 60 ans, et placées à

intérêt composé, elles produisent toutes la même somme. En d'autres termes, tous les adhérents qui prennent le tarif A acquièrent, par leurs cotisations successives, le même capital à l'âge de 60 ans. Ce capital est, en chiffres ronds, de 7,350 francs.

Tableau B. L'arrérage n'est autre que la portion du capital déjà acquise à chaque âge par l'adhérent qui, entré à 25 ans, a payé régulièrement sa cotisation de 100 fr. par an. En soldant l'arrérage, et en continuant à payer cette somme annuelle, le nouvel adhérent se trouve dans la même situation que le premier.

Tableau C. La proportion de retraite est calculée en établissant le rapport qui existe entre le capital, constitué par l'adhérent qui, à un âge quelconque, ne verse que 100 fr. par an et le capital type de 7,350 fr. acquis par l'adhérent, qui paye la cotisation entière indiquée par le tarif A.

Quant au tableau D, il a été établi en calculant le rapport qui existe entre la vie moyenne à 60 ans, et la vie moyenne à chaque âge, pris comme époque du veuvage.

XXXVII. — *Demande.* — En résumé, les statuts, tels qu'ils sont livrés au public médical, ne fournissent aucune base solide de sécurité, de preuves qu'il y a possibilité d'arriver à un résultat, les calculs étant aléatoires.

Réponse. — Le explications que je viens de fournir suffisent, je l'espère, pour montrer à mes honorables contradicteurs que les calculs qui ont servi à établir les tarifs du projet de Caisse de retraite n'ont rien d'aléatoire ou de fantaisiste. — Avec les données qui précèdent, il est facile de vérifier chaque cas particulier. Dois-je prouver qu'il est possible d'arriver à un résulat pratique? Mais l'exemple des Belges est là encore une fois: avec la réversibilité sur les veuves et les orphelins; avec une cotisation uniforme de 100 fr., il ont donné des pensions de 800 à 900 fr. Ils descendront de 450 dans quelques années, mais, quand même, ne sera-ce pas un résultat merveilleux étant donné leur petit nombre, leur minime cotisation et les lourdes charges qu'ils ont assumées? Ne sommes-nous pas en droit d'attendre beaucoup mieux du moment que nous évitons toutes les causes d'affaiblissement et de ruine?

XXXVIII. — *Demande.* — Il n'est pas possible d'admettre que la somme de retraite ne soit pas fixée. Dans ces conditions, il est plus avantageux pour les médecins de s'adresser à la Caisse de la vieillesse qui ne peut pas donner plus de 1,500 fr. de rentes, mais qui offre toutes les garanties de sécurité d'intérêts et permet des versements de 5 francs.

Réponse. — C'est par excès de prudence que le chiffre de la retraite n'a pas été fixé. D'après les calculs, il sera de 1,200 fr. ; mais si on le garantissait, il faudrait peut-être toucher au capital inaliénable, ou tout au moins empêcher son accroissement progressif. C'est ce que n'a pas voulu la commission d'organisation : la réserve doit demeurer intacte, et cela dans l'intérêt de la pérennité de l'œuvre. Plus tard, quand elle aura traversé cette première période d'organisation si périlleuse, elle sera riche et pourra donner une certitude à ses adhérents ; pour le moment, elle se contente d'une probabilité établie sur des calculs rigoureux et en ne s'engageant pas au-delà, elle assure l'accroissement progressif et incessant du capital inaliénable.

La Caisse de la vieillesse a des tarifs plus élevés que la Caisse du Corps médical français ; en outre, elle n'assiste en aucune façon ses participants, elle leur donne leurs droits stricts, rien de plus. Notre Caisse prévoit les cas d'impossibilité de travail ; et, en outre, elle vient au secours de ses adhérents malheureux et de leur famille. N'y eût-il que cette considération, le médecin devrait venir à nous et ne pas aller à la Caisse de la vieillesse. Celle-ci lui fait faire une bonne affaire, j'en conviens ; nous lui en proposons une meilleure encore et, en plus, nous lui offrons tous les avantages d'une solidarité charitable, d'une confraternité généreuse.

La Caisse de retraite du corps médical français n'est pas encore fondée, ses statuts indiquent à peine l'existence d'une *Caisse auxiliaire* destinée à compléter l'œuvre, en parant à toutes les nécessités urgentes, à toutes les infortunes imprévues, et déjà les dons arrivent ! Que dire de plus probant ?

XXXIX. — *Demande.* — D'après les statistiques, la mortalité est très grande chez les médecins : à ne donner la retraite qu'à 60 ans d'âge, le plus grand nombre n'en profiteront pas.

Réponse. — Il y a là beaucoup d'exagération. La vie moyen-

des médecins est, en effet, plus courte que la vie moyenne érale, mais cette différence n'est pas assez marquée, pour e l'on puisse, avec les tarifs publics, abaisser notablement e de la retraite. Une seule année d'avance augmente les rges de la Caisse dans des proportions considérables, et en re, supprime une annuité. J'ai déjà répondu à ce sujet que erait une question à étudier quand la Caisse fonctionnerait ulièrement et serait déjà en possession d'une fortune en cal inaliénable, suffisante pour assurer la presque totalité du rice des retraites.

Dr Lande.



REVUE CLINIQUE

DU DIABÈTE

Par le Dr Campardon.

ans vouloir entrer dans les discussions qui ont eu lieu sur causes du diabète, on peut dire que cette maladie est le réat d'un vice de nutrition, ou mieux, d'un trouble dans le ctionnement d'un ou de plusieurs des organes qui concouà la grande fonction générale de la nutrition.

e tout temps, on s'est adressé à la peau pour ramener à l'énormal cette perversion de la nutrition, et c'est à l'hydrothée que l'on a demandé une action révulsive (douches génés), ou une action résolutive (douches locales). On a cherché tous les moyens à faire travailler la peau; les leçons de chardat, qui recommandait le travail corporel et régulier r déterminer une diaphorèse abondante, sont encore préles à la pensée de tous. Tout récemment encore, le traitet du diabète consistait dans l'emploi de l'hydrothérapie, du ail corporel et du régime alimentaire.

n visitant l'établissement aérothérapique de notre collègue cteur Dupont, on m'a montré un appareil nouveau qu'il t de faire construire pour donner des douches d'air com. La puissance de cette colonne d'air et son action énergiur la peau me firent penser à employer ce nouveau moyen eutique contre le diabète.

J'apporte à la Société le résumé de trois observations que j'ai recueillies sur le résultat des douches d'air dans la maladie dont nous nous occupons.

1re observation : Mad. P..... Polysarcique, a passé l'âge de la ménopause, est diabétique depuis longtemps ; depuis huit ou dix ans elle a été soignée par mon père et par moi pour cette affection : La quantité de glucose (pour 1,000 grammes) a varié de 30 à 50 grammes. Elle n'a jamais suivi que très irrégulièrement le régime alimentaire, a été soumise aux différents traitements préconisés contre cette maladie. Eczéma vulvaire.

L'année passée, elle a pris le bromure de potassium.

Avait complètement négligé de se soigner depuis octobre 1883, lorsqu'elle vint me consulter le 7 janvier 1884.

A cette date, la soif est intense, bouche sèche, pas d'appétit, la marche est presque impossible ; l'eczéma vulvaire a augmenté d'intensité et d'étendue, les souffrances qu'il cause sont intolérables. Urine de trois litres à trois litres et demi.

L'analyse qu'elle a fait faire la veille porte :

Densité 1,037 ; urée 10 grammes ; glucose 77 grammes 44.

Prescription : Douches d'air comprimé tous les jours, le long de la colonne vertébrale, sur le haut de la poitrine, en avant, sur les régions stomacales et abdominales ; durée 8 minutes.

20 janvier. La soif a disparu ; la malade mange mieux, digère sans peine ; depuis sa 3e douche, marche plus aisément, a pu revenir de la rue des Pyramides au Temple à pied, après la 6e douche ; prétend se sentir plus alerte, plus légère après chaque douche ; n'a plus uriné les deux ou trois derniers jours que deux litres par 24 heures.

L'analyse du 19 janvier donne :

Densité : 1029 ; urée : 9 grammes 60 ; glucose : 36 gr. 63.

Avoue avoir négligé le régime alimentaire.

Continuer les douches quotidiennes, durée 10 minutes.

Le 4 février, la malade continue à se trouver très bien ; cependant, elle reconnait avoir eu pendant trois jours une soif plus vive que pendant la période précédente.

L'analyse du 3 février porte :

Densité : 1035 ; urée : 8 gr. ; glucose : 63 gr. 49.

La malade, se sentant bien le 20 janvier, a permis à sa bonne de s'absenter et a fait le service de cette fille pendant plus de

dix jours ; elle en a ressenti une grande fatigue à laquelle j'attribue l'augmentation du sucre.

16 février. Elle a évité autant que possible la fatigue ; la marche après la douche est devenue un besoin. Au bout de quelques instants de marche elle se réchauffe et rentre chez elle sans éprouver de lassitude. La soif a disparu, la bouche n'est plus sèche, l'appétit est revenu ; la quantité d'urine par 24 heures est de un litre et demi à deux litres.

L'analyse du 15 février donne :

Densité : 1031 ; urée : 8 gr. 17 ; glucose : 53.72

Continuer les douches.

Du 16 février au 24 mars, l'état général a toujours été en s'améliorant ; la malade peut aller et revenir à pied de la douche à sa demeure. La peau est fraîche, la transpiration facile ; plus de soif ; urine de 1 litre et demi à deux litres. Les chiffres des différentes analyses donnent une quantité de glucose se rapprochant de 53 avec tendance marquée vers la diminution.

La malade s'est fait peser le 1er janvier : 84 kilogr. ; son poids n'était plus que de 82 kil. le 1er mars. Elle a maigri, dit-elle ; les hanches se dégagent, le ventre tombe, le dos s'est *débombé* ; elle résume son état actuel en disant qu'elle dort bien, qu'elle boit et mange bien. Malheureusement, elle ne veut pas suivre de régime alimentaire.

Mademoiselle D..., obèse ; a passé l'âge de la ménopause. Diabétique ancienne, ne marche qu'avec la plus extrême difficulté.

Le 24 janvier 1884. Inappétence absolue ; soif assez vive ; urine 3 litres par jour, ne dort plus. Elle m'apporte une analyse du 23 janvier :

Densité : 1023 ; glucose : 18 gr. 48.

Prescription : Continuer le bromure de potassium qu'elle a pris depuis près d'un an, à différents intervalles, à la dose de 3 à 4 grammes. Chloral contre les insomnies. Douches d'air comprimé tous les jours : durée 5 minutes.

Le 8 février, la malade se trouve beaucoup mieux ; le sommeil est revenu, on a pu cesser le chloral, elle mange peu et sans appétit. La soif n'existe plus ; elle n'urine plus qu'un litre par jour. Elle a éprouvé le besoin de marcher après la 3e ou 4e douche, peut depuis deux jours revenir à pied après sa douche,

de la rue des Pyramides au boulevard Beaumarchais sans fatigue ; prétend avoir l'esprit plus libre depuis qu'elle suit ce traitement. A toujours négligé le régime alimentaire.

Analyse du 5 février. Densité : 1018 ; glucose : 2 gr. 27. Le 16 mars elle revient me consulter. Du 8 au 27 février le mieux s'était accentué, les forces revenaient. La malade se sentait plus gaie, la marche ne la fatiguait plus, lorsque le mercredi 27 elle fut prise d'une colique néphrétique qui l'obligea à cesser ses douches jusqu'au 3 mars. Du 3 au 6 mars, les douches furent reprises et l'analyse, faite le 6, ne donnait, malgré la crise et la cessation des douches, que 3 gr. 33 de glucose (à peine un gramme d'augmentation). Densité : 1019. A la date du 7 mars, de nouvelles coliques étant survenues, le traitement par les douches fut abandonné jusqu'à nouvel ordre.

M. X..., 69 ans, très maigre ; très actif ; très rhumatisant, prenait depuis quinze jours du bromure de potassium (4 grammes par jour), lorsqu'il vint me consulter le 28 février. Soif ardente, bouche sèche, haleine fétide, toux fatigante, douleur épigastrique, qui l'empêche de manger, dit-il ; envies fréquentes d'uriner, 3 litres à 3 litres et demi par jour, miction douloureuse. Les jambes sont molles. Sciatique uni-latérale assez vive ; le malade est très nerveux, très agacé.

Analyse du 27 février. Densité : 1061 ; glucose : 102 grammes.

Prescription : Douche quotidienne d'air comprimé, durée 5 minutes ; continuer le bromure de potassium à la dose de 4 grammes.

Le 6 mars le malade est tout autre. Il n'est plus accablé, il est plus vif ; il se remue plus facilement, souffre moins de sa jambe, n'est plus indisposé par son catarrhe. La douleur épigastrique a disparu ; l'appétit est bon, la bouche n'est plus sèche, la soif n'existe plus.

Depuis la 3e douche la quantité d'urine émise est de un litre à un litre et demi par jour. Le sommeil est à peu près revenu, mais les jambes sont encore faibles.

Analyse. Glucose : 68 grammes.

Le 21 mars. Les digestions sont bonnes, le sommeil est complètement revenu de 9 heures du soir à 8 heures du matin ; les garde-robes sont normales et faciles ; les urines sont moins pâles et de moins en moins abondantes, à peine un litre.

Le malade résume son état presque dans les mêmes termes que le sujet de la 1re observation ; il mange très bien, n'a plus de soif, dort très bien ; les jambes seules sont encore faibles.

Analyse. Densité : 1042 (+ 15°) ; glucose : 51 gr. 30.

Ce malade a suivi très strictement le régime alimentaire : privation de farineux, de sucre ou mets sucrés, pâtisserie, etc., mais on ne peut pas l'empêcher de manger du pain, en très petite quantité, il est vrai.

Ces observations ne sont pas achevées et ne peuvent donc servir de bases à des conclusions péremptoires ; si, tout incomplètes qu'elles sont, je les ai lues à la société de thérapeutique, c'est que j'espère que plusieurs de ses membres voudront bien expérimenter le moyen que je viens de signaler à leur attention et rendre ainsi, par l'apport de leurs expériences, plus nombreux et plus concluants les résultats que pourront donner des douches d'air comprimé dans le traitement du diabète.

Un fait frappe de suite l'esprit de l'observateur ; c'est que, dès la première série de huit douches, dans les trois cas cités, la quantité de sucre émise en 24 heures diminue de moitié pour le premier et le second, et pour le troisième il y a 44 grammes de sucre en moins ; l'état général se relève ; le malade est plus gai, plus dispos ; les forces reviennent, la soif diminue et disparait, l'appétit renait ; la miction diminue de fréquence et de quantité.

Ces résultats favorables ont été obtenus progressivement et se sont maintenus jusqu'à aujourd'hui pour le sujet de la troisième observation. Pour la première observation l'état général reste toujours bon, malgré la légère élévation du glucose, tenant à des écarts fréquents du régime alimentaire, et enfin dans la seconde le sucre n'a augmenté que de un gramme pendant l'espace de 33 jours, malgré la cessation du traitement et une crise très douloureuse.

Le bromure de potassium n'avait pas eu d'effet bien sensible chez ces malades.

La douche d'air comprimé se donne comme une douche ordinaire, notre collègue vous décrira, je pense, son appareil.

Lorsque le robinet de la lance est ouvert, au contact de cet air qui s'échappe avec force, la peau blanchit, s'incurve ; la dépression, qui est d'un centimètre à un centimètre et demi, dé-

6.

passe chez certaines personnes grasses trois centimètres ; chez ces dernières il se forme un véritable godet. Le thermomètre placé sur la peau s'abaisse à zéro, dès que le jet touche l'enveloppe cutanée. Aussitôt que le jet est dirigé sur une autre partie du corps, le point qui vient d'être douché rougit, et cette rougeur persiste 2, 3, et même 4 heures.

La douche se donne en dirigeant le jet, en avançant et reculant la lance suivant l'effet que l'on recherche ; toutes les parties du corps peuvent être douchées. Cette douche a, sur la douche ordinaire, l'immense avantage de ne pas mouiller le malade, de ne pas laisser après elle l'humidité qui peut arrêter l'effet révulsif consécutif. Après cette douche, si l'on peut marcher surtout, la réaction se fait facilement, une légère chaleur survient et après la troisième ou la quatrième le besoin de locomotion se fait sentir.

Je n'ai pas eu à constater d'effet diurétique, les malades urinant beaucoup avant le traitement ; ce traitement ayant pour résultat de ramener l'économie à l'état normal, la miction est devenue chez eux moins fréquente et moins abondante.

Comment agit cette douche? Son action est complexe et multiple.

Le choc de la colonne d'air comprimé sur la peau, agit d'abord comme une espèce de massage sur l'enveloppe cutanée et les tissus sous-jacents en les refoulant fortement et les laissant de suite revenir à leur état normal, c'est-à-dire par des alternatives de tassement et de relâchement. Cette douche excite les termini des filets nerveux qui, par l'intermédiaire des centres nerveux, la transmettent aussi bien aux nerfs de la vie végétative (augmentation d'appétit, diminution de la soif, modification de la miction, etc.), qu'aux nerfs de la vie de relation (incitation et augmentation de la force musculaire, etc). Elle excite les réseaux capillaires des vaisseaux, et, par conséquent, active et achève les combustions intimes et profondes qui s'y passent ; enfin, en débarrassant la peau de ses produits de sécrétion (sueurs, matières sébacées), elle permet à la perspiration d'être plus complète.

Nous avons donc dans ces douches d'air un nouveau moyen thérapeutique très puissant, donnant, dans le diabète, des résul-

tats favorables qui ne feront que se confirmer en se multipliant, ainsi que nous l'espérons.

RECHERCHE DU BACILLE DE LA TUBERCULOSE.

(Bacille de Koch).

Divers procédés peuvent être employés pour rechercher le bacille de la tuberculose. En tête de ces procédés figure tout naturellement celui de Koch ; puis viennent ceux d'Ehrlich, de Brun, de Van Ermingin, de Gibbes, etc., etc.

Tous ces procédés reposent d'ailleurs sur le même principe qui est la base même de la méthode de Koch : *le Bacille ne se colore que dans une solution alcaline*, et, une fois coloré, *il conserve sa coloration même si on le soumet à l'action d'un nouveau réactif colorant.*

On ne fait plus usage aujourd'hui du procédé de Koch, dont es inconvénients sont nombreux, et qui a été abandonné par l'auteur lui-même.

Le procédé employé dans les laboratoires est celui d'Ehrlich-Weigert. Il a l'avantage de s'appliquer également aux humeurs et aux tissus anatomiques. Nous empruntons à l'*Union médicale*, nº 14, l'exposé qu'en a fait M. Siredey (Armand), chef du laboratoire d'histologie de l'amphithéâtre des hôpitaux.

La méthode de Koch comprenait seulement deux colorations successives. Ehrlich y a ajouté *une opération intermédiaire qui consiste à décolorer*, après la première coloration, *tous les éléments autres que les bacilles*, avant de faire agir sur la préparation une nouvelle matière colorante.

Les réactifs employés dans la méthode d'Ehrlich sont au nombre de trois.

A.— Une couleur d'aniline en solution alcaline, pour colorer les pièces.

.— Un réactif pour décolorer les éléments autres que les lles.

— Une nouvelle matière colorante, pour le fond des prétions.

– La matière colorante comprend une solution alcoolique

de fuchsine ou de violet de méthyle et une base alcaline mélangées dans des proportions déterminées.

Ce réactif s'altère très rapidement et il serait préférable d'avoir constamment des solutions fraîches. On prépare les deux solutions séparément :

a) La base alcaline est la phénylamine ou aniline, appelée communément l'huile d'aniline.

Cette substance brunit rapidement à la lumière, aussi doit-on la conserver dans un flacon coloré. La solution se prépare en ajoutant à de l'eau distillée quelques gouttes d'huile d'aniline jusqu'à saturation, c'est-à-dire 3 parties d'huile d'aniline pour 100 parties d'eau distillée. On agite violemment pour activer le mélange et on cesse d'ajouter l'huile d'aniline quand il reste un excès d'huile qui ne se mélange plus à l'eau. Et, pour enlever l'excès d'huile, on filtre la solution sur un filtre *préalablement mouillé* qui retient les gouttelettes huileuses en excès.

b) Comme matière colorante, il suffit de préparer une solution *alcoolique concentrée* de fuchsine, de violet de méthyle, ou d'une autre couleur d'aniline que l'on fait passer sur un filtre ordinaire non mouillé.

Cela fait, on mélange les deux solutions dans la proportion suivante :

Solution aqueuse saturée d'huile d'aniline..........	100
Solution alcoolique saturée de fuchsine ou de violet.	11

B.— Le Réactif décolorant le plus habituellement employé est celui de Balmer et de Frantzel, qui se compose de :

Acide azotique officinal..........................	31
Eau..	3

C.— Enfin, le second réactif colorant comprend une couleur quelconque d'aniline en solution aqueuse faible. Ce réactif étant destiné à colorer le fond des préparations, il faudra choisir une couleur qui fasse ressortir celle que l'on a employée pour le bacille. C'est-à-dire que si la première solution (*A*) était composée du fuchsine, colorant les bacilles en rouge, on aura recours au bleu de méthylène pour la seconde solution colorante (*C*). Si, au contraire, on a coloré les bacilles en bleu par le violet de méthyle, on emploie pour colorer le fond de la préparation

la vésuvine qui colore en brun, ou la fuchsine qui colore en rouge.

Tout l'artifice consiste à choisir *un fond sur lequel se détache vivement la coloration des bacilles.*

Quant au manuel opératoire, bien qu'il soit sensiblement le même dans l'un et l'autre cas, il convient d'envisager séparément la préparation des tissus et celles des humeurs.

I. *Humeurs.* — On peut conserver les crachats, le pus, les matières alvines, etc., dans un tube, dans un verre de montre, entre deux lames de verre ou même sur une seule lame de verre qu'on laisse sécher.

Il n'est pas nécessaire que les produits soient frais. Il suffit de ramollir au contact de l'eau tiède ou de la vapeur d'eau, les crachats conservés et desséchés durant plusieurs semaines. La seule précaution, lorsqu'on les recueille sur du linge, est de ne pas entraîner des filaments qui obscurcissent la préparation. Inutile d'ajouter qu'ils faut se servir de vases et de plaques nets de toute substance et *surtout de produits tuberculeux qui auraient pu y être déposés antérieurement.*

Choisissez de préférence dans les crachats les flocons purulents, opaques, surtout riches en parasites (Cochez). A l'aide d'une aiguille préalablement flambée vous en transportez gros comme une tête d'épingle sur une lame de verre très propre. Vous pouvez alors dissocier le muco-pus ou l'écraser légèrement sous une lamelle de verre. (Ordinairement on l'écrase entre deux lamelles de verre que l'on sépare ensuite et il en reste à la surface de chacune d'elles une quantité suffisante). On passe alors chacune de ces lamelles deux ou trois fois au-dessus d'une lampe à alcool, la face sèche de la lamelle tournée vers la flamme, de façon à coaguler les matières albuminoïdes et à les fixer au verre.

(Evitez que la couche de crachat ne soit un peu épaisse ; elle sécherait mal et se détacherait dans la solution décolorante d'acide azotique).

La lamelle ainsi séchée est déposée dans un verre de mon[tre] contenant la première solution colorante (*A*).

A température ordinaire, les pièces doivent rester 24 heures [da]ns cette solution colorante, et être soigneusement recouver[tes] d'une cloche.

Au bout de ce temps, on retire les lamelles avec une pince et on les plonge, la face enduite de crachat tournée vers l'opérateur, dans le réactif décolorant (*B*) d'acide nitrique au tiers ; on l'y maintient, en l'agitant doucement, jusqu'à ce que la décoloration soit *à peu près complète* : on ne peut pas fixer un temps précis pour cette opération ; il faut que la couleur ait à peu près disparu sur toute la surface de la préparation.

Pour M. Debove (Thèse de M. Sauvage), il est très important que les lamelles soient complètement décolorées et il faudrait, à cet effet, laisser la préparation jusqu'à ce qu'elle ne laisse plus rien voir de sa coloration première.

Les lamelles séchées et décolorées sont retirées de l'acide nitrique et lavées dans l'eau distillée de façon à faire disparaître l'acide nitrique.

Il reste à colorer le fond de la préparation, ce qu'on fait en plongeant pendant 10 à 15 minutes la lamelle dans le 2e réactif colorant (*C*).

On retire la lamelle qu'on dessèche à plusieurs reprises sur la flamme d'une lampe à alcool, *après avoir soigneusement essuyé la face qui ne contient pas de crachat* pour éviter qu'elle ne se brise ; mieux vaudrait la faire sécher à l'étuve, mais ce n'est pas indispensable, ni même nécessaire.

Enfin, on dépose sur la surface de la préparation une goutte d'essence de girofle pour l'éclaircir ; puis on la monte dans le baume de Canada dissous par la thérébentine, et la pièce ainsi préparée peut se conserver longtemps.

II. *Tissus.*— S'il s'agit de pièces anatomiques (fragments de poumons, d'intestins, etc.), on doit se servir de pièces fraîches que l'on durcira par les procédés ordinaires, en ayant soin, toutefois, de ne pas se servir d'acide picrique qui détruirait les parasites, ni de liqueur de Muller. Les liquides les plus favorables pour conserver les pièces sur lesquelles on veut rechercher les bacilles sont l'alcool et l'acide chromique à 1/1000e. Encore faut-il éviter de les y laisser séjourner plus de 24 heures ou 36 heures. On éloignera plus sûrement les causes d'erreur en durcissant directement les pièces dans l'alcool absolu.

On choisira des coupes très fines, qui seront plongées, sans les soumettre à la flamme, dans le premier réactif colorant (*A*) pendant 24 heures, puis, agitées dans l'acide nitrique au tiers,

solution décolorante (*B*), lavées dans l'eau distillée et enfin plongées dans la 2e solution colorante (*C*).

Au sortir de cette solution, on déshydrate les pièces en les laissant séjourner dans l'alcool ordinaire, puis dans l'alcool absolu ; on les éclaircit par l'essence de girofle, et, enfin, on les monte dans le baume de Canada dissous par la thérébentine.

L'étude des pièces ainsi préparées se fait facilement avec tous les microscopes qu'on emploie pour les recherches histologiques.

Toutefois, il faut, pour distinguer les bacilles, se servir de l'objectif n° 7 et de l'oculaire n° 1 des microscopes de Verick.

Avec l'objectif n° 6 on les distingue à peine et très difficilement. C'est, en somme, le n° 8 qui montre les bacilles avec le plus de netteté.

Les bacilles de Koch apparaissent sous la forme de petits bâtonnets très grêles, légèrement acuminés aux deux extrémités, toujours immobiles.

A. OGER.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Lésions viscérales et autres de nature syphilitique chez les déments qui ne présentent pas de lésions cérébrales syphilitiques, par le Dr J. W. MICKLE.— L'auteur rapporte à ce sujet deux cas : le premier était celui d'un soldat qui fut admis en janvier 1868 et qui succomba en janvier 1876, à l'âge de 34 ans. Lors de son entrée, sa démence datait déjà de huit mois : elle avait eu des débuts insidieux, mais elle avait été précédée par des manifestations nettement syphilitiques. Pendant sa vie, il présenta des tumeurs arrondies sur plusieurs os superficiels, puis des signes de pleurésie chronique et de phthisie pulmonaire. A l'autopsie, les lésions que l'on consta du côté du cerveau étaient exactement semblables à celles q l'on trouve chez les aliénés non syphilitiques. Dans les d poumons il y avait çà et là des nodules d'un blanc gri-s : au sommet du poumon droit se trouvait une caverne,

entourée de tissu induré et fibreux, des cicatrices ridées et des bandes de tissu fibreux. Le foie contenait de vastes gommes ; et il existait aussi des adhérences causées par un certain degré de périhépatite. Autour de la rate se trouvait une épaisse capsule de tissu cartilagineux, et dans le rein gauche une gomme volumineuse. Les symptômes cérébraux qu'avait présenté ce malade avaient été surtout de la faiblesse intellectuelle et de l'incohérence des idées. Au début il eut quelques phénomènes de dépression et de temps en temps quelques périodes d'excitation. Il n'y avait eu là en somme rien de bien particulier ; mais le Dr Mickle pense que l'on doit tenir compte ici, dans l'atténuation de ces phénomènes, de l'usage prolongé du traitement antisyphilitique; il croit qu'il faut rapporter ces troubles cérébraux à l'influence de la syphilis, soit que cette affection ait agi par toxémie, soit qu'elle ait agi en se combinant avec l'anémie, et avec la débilitation causée pas les nombreuses lésions disséminées dans les viscères. Le second cas est à peu près identique au précédent ; le malade qui avait été sans parler pendant près de 2 ans ne présentait aucune lésion syphilitique du cerveau et des méninges, mais des gommes du foie et des altérations profondes des poumons et des reins. (*Journal of mental science*, jan. 1884). L. B.

Infection d'une famille par un enfant syphilitique, par le Dr F. Lydston, de Chicago. — Le Dr Lydston rapporte le cas suivant dans le *New-York medical Journal* du 12 janv. 1884 : un homme prit la syphilis au sixième mois de la grossesse de sa femme ; quelques semaines plus tard, celle-ci présenta des signes d'infection vénérienne, puis elle accoucha à terme d'un enfant en apparence complètement sain : cet enfant n'eut jamais aucun symptôme de syphilis et mourut à l'âge de deux ans, étant fort robuste pour son âge, d'une bronchite capillaire. La mère devint de nouveau enceinte, sept mois après la naissance de ce premier enfant. La grossesse se termina au huitième mois. Le nouveau né présenta des lésions syphilitiques dès la seconde semaine après sa naissance et il mourut une semaine après. Il avait été soigné par sa grand'mère et par l'aînée de ses sœurs : chez ces deux personnes on vit au bout d'un mois se former un chancre sur la

lèvre, puis se développer les divers symptômes de l'infection syphilitique. Le grand-père fut lui-même infecté par sa femme.

L. B.

Traitement de la Kératodermie par l'emplâtre salicylé, par G. Thin. — Le Dr Thin rapporte, dans le *British med. Journal* de déc. 1883, quatre cas dans lesquels il a employé avec grand succès l'emplâtre salicylé à la gutta percha contre l'épaississement épidermique de la paume des mains et de la plante des pieds. On doit laisser l'emplâtre constamment appliqué sur les parties malades et ne le changer que tous les trois ou quatre jours. Après un certain temps, la couche cornée de l'épiderme tombe et laisse au-dessous d'elle un épiderme de nouvelle formation rose et délicat. Quelques mois après il peut être nécessaire de faire une seconde application, mais dans beaucoup de cas une première application suffit à produire une amélioration réelle pendant fort longtemps.

L. B.

Sur une nouvelle manifestation cutanée de la trichophytie (granulome trichophytique), par Majocchi. — L'auteur décrit sous le nom de *granulome trichophytique* une manifestation cutanée de la trichophytie non encore connue : elle se montre au cuir chevelu, et elle est cliniquement bien distincte du sycoris et du kérion. Elle est caractérisée par un épaississement du dôme arrondi, indolent sauf à la pression, au niveau duquel la coloration de la peau est normale ou légèrement rouge ; il n'y a pas de desquamation. Comme les autres variétés de trichophyties cutanées, elle débute par une plaque d'herpès tonsurant dont elle représente le dernier degré d'évolution. Elle est probablement consécutive à l'inflammation chronique du follicule pileux et des tissus voisins, inflammation causée par la pénétration du champignon dans toutes ces parties. L'examen histologique y décèle un tissu de nouvelle formation, composé de cellules embryonnaires, très riche en vaisseaux, au milieu duquel on trouve des cellules géantes lui donnant un faux aspect d'infiltration tuberculeuse. Ces néoformations ont pour centre un cheveu envahi par le champi-

gnon ou bien des filaments de mycélium. Les cellules géantes sont disposées en couronne autour des fragments de cheveux et des débris du parasite ; cette couronne de cellules géantes est entourée de jeunes cellules embryonnaires dont quelques-unes, plus volumineuses, ont un aspect épithélioïde. Cette variété de trichophytie a une marche beaucoup plus chronique que le kérion dans lequel le processus n'a que les allures d'une simple inflammation suppurative, tandis qu'ici il y a tendance à la formation de granulations sous-cutanées. Il est possible d'ailleurs que la constitution strumeuse du sujet ne soit pas sans influence sur le développement de cette affection. (*Annali uni. v. di Med.*, *dec* 1883.)

L. B.

De l'inoculation de la lèpre, par Campana. — L'auteur pratique l'inoculation des fragments de lèpre dans la cornée des animaux : cette inoculation est suivie d'une inflammation limitée, et d'un léger catarrhe de la conjonctive qui dure trois ou quatre jours. Dans les parties voisines du point d'inoculation il se produit une légère infiltration de la cornée ; entre le 2ème et le 3ème jour il survient du gonflement, et entra le 4ème et le 7ème jour de la mortification du tissu cornéen. Puis on voit se former une ulcération cornéenne superficielle et des vaisseaux nouveaux qui viennent s'y rendre ; cette ulcération se cicatrise en huit ou dix jours. Si la mortification des couches cornéennes situées en avant du fragment inoculé ne se produit pas, la conjonctivite cesse, la kératite parenchymateuse diminue d'intensité, et le fragment inoculé est peu à peu résorbé jusqu'à ce qu'il disparaisse complètement en trois semaines, ne laissant après lui qu'une opacité superficielle dont on ne perçoit plus de traces au bout de 15 à 30 jours. L'auteur a pu retrouver dans la cornée de deux lapins, où l'on apercevait encore des traces de l'inoculation, des bacilles identiques avec ceux qui existaient dans la matière d'épreuve inoculée soixante jours auparavant. Mais s'il sacrifiait plus tard ses sujets, il ne retrouvait plus aucune trace de bacilles : il n'a jamais pu découvrir de lésion lépreuse vraie dans ces animaux ni dans les yeux, ni dans la peau, ni dans les muqueuses, ni dans les viscères. (*Archiv. Sc. medic* ; *vol VII, N° 3.*) L. B.

De l'influence de la température sur la vie du fœtus et sur la marche de la gestation, par le Dr DORÉ. – Hohl, en 1833, avait remarqué qu'une élévation de la température chez la mère rend le pouls du fœtus plus fréquent. Mais c'est Kaminsky, en 1866, qui posa la règle absolue que c'était uniquement l'élévation exagérée de la température dans les maladies fébriles de la mère qui tuait le fœtus. En 1869 Winckel confirma les assertions de Kaminsky ; et Runge entreprit des expériences et n'hésita pas à les admettre comme vraies. Depuis, parurent à Paris les thèses de Duguyot, Dauzats, Hourdier, Jobard, Vincent, Baratte et Rousseau, et tous arrivèrent à peu près aux mêmes conclusions. De ses expériences Runge tire trois conclusions :

La première, c'est que la température du fœtus demeure toujours, même quand celle de la mère est au-dessus de la normale, supérieure à celle-ci de quelques dixièmes de degrés;

La seconde c'est qu'alors le fœtus est mort par le fait de la chaleur avant que la mère ait elle-même succombé ;

La troisième, c'est qu'une température maternelle de 41°5, ne durât-elle que quelques instants, est constamment mortelle pour le fœtus.

M. le Dr Doré a voulu se rendre compte de ce qu'il y avait de vrai dans les conclusions de Runge et a établi de nouvelles expériences qu'il a divisées en 3 séries. Dans la première série l'auteur a expérimenté de la même manière que Runge. Les résultats ne concordent pas avec ceux de cet auteur. Tout d'abord, au fur et à mesure qu'on élève la température de l'étuve, la mère meurt plus vite. Quant aux fœtus, ils ont résisté à l'hyperthermie seule (42°), c'est-à-dire dégagée du cortège des accidents dus aux surchauffage prolongé. Dans la seconde série M. Doré a opéré à des températures plus basses ; néanmoins l'étuve a été maintenue à un degré de chaleur supérieur au degré de l'animal lui même. La température maxima atteinte a toujours été égale ou supérieure à 43°. De ces expériences on peut conclure qu'il y a dans la manière de réagir des femelles n gestation, vis-à-vis du surchauffage, des différences indivi-uelles considérables, et l'auteur émet l'avis qu'il doit en être e même pour la résistance du fœtus. Les fœtus ont été trou-és morts 3 fois sur 5 expériences ; ils avaient sensiblement la

même température que la mère. Dans la troisième série d'expériences l'auteur a cherché à se placer dans des conditions d'analogie avec ce qui se passe chez la femme enceinte. Elles ont été faites à des températures inférieures à la température normale de l'animal lui-même. Chose curieuse, la température de l'étuve ne dépassant pas 38°, celle de l'animal montait à 43°. La température habituelle a varié de 32° a 36°. Dans cette série toutes les femelles ont mis bas, à terme, des petits vivants.

Conclusions : « 1° Les températures élevées obtenues par un surchauffage brusque et prolongé, sont rapidement mortelles, et tuent la mère et le fœtus;

2° Une température de 41°5 à 42° ne détermine chez les animaux en expérience aucun phénomène morbide grave, et n'entraîne jamais la mort du fœtus.

3° Une température de 43°, obtenue par un surchauffage lent et progressif, et maintenue pendant peu de temps, de façon à ce qu'elle ne puisse pas s'élever davantage, n'entraîne pas non plus de résultats fâcheux au double point de vue de la marche de la gestation et de la vitalité du fœtus.

4° L'hyperthermie seule est insuffisante pour provoquer l'avortement ou la parturition prématurée, puisque en aucun cas, que les mères aient succombé à l'action de la chaleur ou qu'elles y aient résisté, nous n'avons vu ces accidents se produire.

5° Enfin, disons, pour finir, qu'il existe de grandes différences individuelles chez les animaux de la même espèce, tant au point de vue de la température normale, qui peut varier d'un degré et plus, qu'au point de vue de la rapidité de l'échauffement, et des degrés d'hyperthermie acquis dans un même temps, à une même température donnée. » (*Archives de toxicologie*. Mars et avril 1884.)

Dr Olivier.



Vacances médicales.— Voir pour les postes médicaux vacants aux annonces.

FORMULAIRE

Une observation sur le salicylate de soude.

M. Desportes a constaté que le salicylate de soude est un médicament précieux, comme l'ont contaté MM. Hérard, Hardy, Gueneau de Mussy et Jaccoud ; mais, pour cela, il faut qu'il soit, comme l'a observé M. le professeur Sée, administré en solution ; il ne l'accepte pas en pastilles, en poudre ou renfermé dans des cachets ; les doses les plus souvent prescrites doivent contenir cinquante centigrammes par cuillerée d'eau, dose qui peut varier selon les cas, c'est au médecin à les formuler.

S. M.

—

Guérison du diabète sucré par l'iodoforme.

Le Dr Moleschott a constaté qu'on peut guérir du diabète par l'emploi de l'iodoforme ; il commence à donner dix à vingt centigrammes par jour ; on peut augmenter les doses jusqu'à 30 et 40 centigrammes dans le mélange suivant :

Iodoforme..........	1 gramme
Extrait de laitue....	1 —
Coumarine.........	0,10 cent.

Pour vingt pilules dont on prend 2 à 8 par jour. La coumarine corrige l'odeur de l'iodoforme.

S. M.

Entérite nerveuse.

Une émotion violente, du froid, de l'insomnie, des excès vénériens peuvent déterminer une action réflexe sur le tube digestif : on se trouve en présence de coliques douloureuses siégeant à l'épigastre, accompagnées d'un grand malaise et d'une diarrhée plus ou moins abondante. La potion suivante peut être prescrite :

Teinture d'opium...	10 gouttes
Eau de fleurs d'oranger..................	20 gram.
Vieux rhum.........	40 —
Sirop simple........	40 —

A mêler dans un grand verre d'eau de la Reveille et avaler rapidemnt.

—

Suppositoires à l'huile d'Eucalyptus.

Huile d'Eucalyptus..	12 gr.
Cire blanche........	àà 90 —
Beurre de coco......	

Pour douze suppositoires vaginaux.

—

Le menthol contre les névralgies.

Menthol..........	2 grammes
Eau distillée	50 —
Bicarb. de soude..	0,50 centig.

Mêlez, pour applications topiques sur les gencives dans les cas de névralgies dentaires.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Damaschino fera, aujourd'hui samedi 5 juillet, à 3 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, une leçon de démonstration sur les sujets traités pendant le cours de ce semestre (avec projections de photographies et de préparations micrographiques).

Hôpitaux de Paris. — Les deux nouveaux hôpitaux : 1° des Mariniers, récemment construit et destiné à recevoir, à un moment donné, 350 malades ; 2° des Tournelles, vont prochainement échanger leur nom pour ceux de Broussais et d'Andral.

Legs. — Mme la baronne Alquier, comme nous l'avons annoncé, vient de léguer par testament à l'administration de l'Assistance publique, à Paris, une somme de plus de cinq millions. Cette somme devra être affectée, d'après la volonté de la testatrice, à la fondation, à Paris, d'un établissement hospitalier qui porterait le nom de « Hospice Debrousse ».

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du docteur Letievant, chirurgien-major des hôpitaux de Lyon ; c'est une grande perte pour la science chirurgicale.

Nous apprenons encore la mort des docteurs Lecoisne, à Briouze (Orne) ; Paul, à Amiens; Duvernoy, à Audincourt (Doubs); Viollet, ancien interne des hôpitaux, à Paris ; Emery, à Lyon ; Frenoy, ancien médecin militaire, à Aix-les-Bains.

Société médicale d'Amiens. — Concours du prix de 1886. — La question proposée est la suivante : *De l'emploi des anesthésiques dans l'accouchement naturel.*

Choléra. — M. Fauvel, l'éminent hygiéniste qui ne veut point reconnaître encore son erreur, a écrit à M. Béclard, président de l'Académie de médecine, pour lui annoncer qu'il se retirait pour quelque temps de la lutte engagée entre les partisans du choléra sporadique et ceux du choléra asiatique.

Au cours de cette lettre, M. Fauvel dit :

«...Au moment de partir, alors que les fausses nouvelles et les statistiques de fantaisie sont publiées par certains journaux, alors que les microbes vont entrer en scène, je ne me sens pas de force à lutter contre tant d'adversaires qui ont plus de prise que moi sur le public ; j'aime mieux laisser le champ libre et attendre avec confiance que le résultat final soit venu me donner raison. »

Nous voulons espérer, comme M. Fauvel, que le résultat final viendra lui donner raison ; en attendant, l'honorable savant ferait mieux

de rester à son poste et de « lutter contre les microbes » plutôt que de leur laisser le « champ libre ».

La Commission municipale. — La commission municipale a discuté, dans sa séance d'hier, les mesures prises à l'égard des voyageurs. Elle a décidé de réclamer un redoublement de précautions sur le parcours du réseau de Toulon et Marseille à Paris, et d'obtenir que la désinfection à l'arrivée se fasse dans de meilleures conditions.

La commission, après avoir désigné les hôpitaux qui pourront recevoir, le cas échéant, des cholériques dans des conditions satisfaisantes d'isolement, a commencé l'étude des baraquements provisoires. Il résulte d'une communication faite par le ministre de la guerre au directeur de l'Assistance publique que trois glacis seulement, portant les numéros 31, 38 et 92, seraient mis à la disposition de la Ville en cas de besoin.

Après un compte rendu sommaire de la visite faite dans les hôpitaux par les différentes sous-commissions, la commission a adopté une proposition tendant à l'installation d'étuves dans tous les hôpitaux ou hospices qui n'en sont pas actuellement pourvus. La proposition Strauss, relative à l'institution des commissions mixtes de salubrité d'arrondissement, a été ensuite adoptée.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juillet 1884. — *Présidence de* M. A. Guérin.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un correspondant dans la quatrième division. Au premier tour, sur 59 votants, majorité 30, M. Périer est élu par 52 voix contre 3 données à M. Lotard et 2 à M. Crié.

Le choléra. — M. Rochard vient dire ce qui s'est passé à Toulon dans les huit jours qui ont suivi le départ de MM. Brouardel et Proust. Le nombre des décès a peu à peu augmenté dans le civil, dans la marine et dans l'armée.

De plus, les cas, au lieu d'être disséminés dans les divers points de la ville, commençaient à se concentrer ; les épidémies de maisons commençaient à se manifester. Les cas intérieurs augmentent de façon à ne pas laisser le moindre doute sur

la transmissibilité, si on pouvait en conserver encore. Les faubourgs sont de plus en plus envahis. En somme, aujourd'hui, on compte 140 cas dans la marine dont 29 ont été suivis de mort ; en ville, on compte 130 décès, ce qui fait 159 cas pour une population actuelle de 50,000 habitants environ.

Il n'y a donc rien dans le nombre des cas qui puisse exciter la frayeur. Ce qui fait craindre, c'est l'habitude du choléra à Toulon de commencer en causant peu de décès, jusqu'à ce qu'il éclate brusquement.

En 1835, du 14 juin au 30 septembre, le choléra a fait 1,653 victimes, sur 36,000 habitants environ. En 1849, il y a eu 757 victimes ; en 1855, on en a compté 1,135 ; enfin, en 1865, 1,331 personnes sont mortes du choléra. C'est pour cela que les médecins de Toulon n'ont pas hésité, dès le début, sur la nature du choléra.

Lorsque MM. Brouardel et Proust ont quitté Toulon, il n'y avait plus de recherches à faire ; notre certitude à tous les trois est que le choléra n'est pas venu par les navires de Cochinchine. D'ailleurs, depuis quelques années, les médecins français n'ont cessé de soutenir cette doctrine que le choléra vient toujours par la mer Rouge. Il est venu un jour où on n'a plus tenu compte des prescriptions du conseil sanitaire maritime international d'Alexandrie. La France, par tous ses organes, par ses conseils, par ses médecins sanitaires, a alors prévenu l'Europe que nous étions exposés à avoir le choléra. Mais comment est-il arrivé à Toulon ? Nous ne le savons pas et nous ne le saurons peut-être jamais.

Le choléra est une des affections les plus invariables qui soient au monde. La maladie actuelle est donc exactement celle que l'on avait déjà vue. Il n'y a pas eu de cas de choléra foudroyant, car, dans les formes rapides, la maladie a toujours duré au moins six ou sept heures. On a encore le temps de la réflexion.

Ce qui fait compter sur la bénignité de la maladie, ce sont les précautions prises, la dissémination des troupes à la campagne, dans le meilleur air possible, par petits groupes et avec toutes les nécessités de la vie assurées.

Les cas graves, promptement mortels, sont la très rare exception ; au contraire, nombre de cas qui avaient laissé beaucoup

d'espoir pendant plusieurs jours, ont été suivis d'une sorte de rechute et ont entraîné la mort. D'autres cas à marche typhoïde ont un pronostic très grave.

La diarrhée prémonitoire a toujours été observée, les vomissements et les crampes ne sont toujours arrivés qu'en second et en troisième lieu. On comptait toujours de quatre à cinq jours de diarrhée avant les attaques cholériques.

Les crampes ont été constatées, de même la cyanose, la suppression des urines, l'algidité. La température était de 37°5 ; dans une réaction typhoïde, elle est montée à 38°5. Elle paraît s'élever encore après la mort.

Dans l'Inde, en 1842, M. Rochard avait vu les médecins anglais retirer de très bons effets de l'administration simultanée du laudanum et de l'éther. Dans cette épidémie, on a beaucoup employé, au début, les injections sous-cutanées de morphine et d'éther, mais ces injections n'ont pas donné de résultats heureux. Au contraire, les médecins se sont beaucoup loués des injections sous-cutanées d'atropine.

Les inspirations d'oxygène relèvent un peu le pouls, donnent de la chaleur à la peau et de l'animation au visage, mais M. Rochard ne saurait dire si ces résultats sont durables.

Il est de principe que lorsque des pays réunis dans le même groupe sont atteints sur un point par le choléra, toutes les mesures que l'on peut prendre sont absolument inutiles. A Lyon, on m'a fait passer dans une petite salle où l'on m'a soumis à des fumigations phéniquées ; ce sont là des moyens inutiles et absolument ridicules. A Perpignan, on a été jusqu'à mettre des voyageurs dans des wagons et à les soumettre à des vapeurs de soufre.

M. Hardy. Tout cela est absurde ; c'est enfantin.

M. Rochard. Ce n'est pas seulement à cause de la gêne que cela apporte au commerce et aux personnes, mais de plus cela met les populations dans une fausse sécurité.

Encore un mot. M. Koch, de Berlin, est arrivé à Toulon, vendredi à midi. La veille, j'avais reçu du ministère de la marine une dépêche m'annonçant l'arrivée de M. Koch. et me priant, à la demande du ministre d'Allemagne, de lui faciliter tous les moyens de travail.

M. Koch a été reçu à la gare par le sous-préfet de Toulon et par MM. Strauss et Roux, qui l'ont conduit au meilleur hôtel de Toulon. Pour moi, je l'ai attendu à l'hôpital maritime, où je lui ai fait donner un cabinet de travail, en lui disant qu'aucun moyen de recherches ne lui serait refusé. C'est à cela que s'est bornée mon intervention.

M. Mesnet, veut appeler l'attention sur la modalité de la maladie et sur la valeur séméiologique des manifestions abdominales dans les épidémies cholériques.

Dès 1849, M. Mesnet fut chargé de soigner les cholériques à la maison municipale de santé ; il a depuis dirigé en 1865 le service des cholériques de l'hôpital Saint-Antoine. M. Mesnet définit d'abord les différents termes employés dans le tableau qu'il fait passer sous les yeux de l'Académie, termes qui rappellent les divers degrés de la maladie. Dans le pronostic, il tient compte de l'état du malade à son entrée. Sur 213 malades entrés, il y a eu 126 guérisons et 87 morts.

La fréquence de la diarrhée au début paraît un avertissement, alors que le choléra peut encore être conjuré. Mais les diarrhées en temps d'épidémies peuvent être dues à de nombreuses causes. La diarrhée cholérique ne présente pas par elle-même des caractères particuliers ; le seul moyen de diagnostic réside dans la constitution médicale actuelle et dans l'élimination des causes habituelles de la diarrhée. Le rôle important de la diarrhée a conduit M. Mesnet à chercher dans quelles proportions les malades qui en sont atteints arrivent à l'état cholérique, mais cette statistique est extrêmement difficile.

Fête nationale. — M. Féréol propose que l'Académie émette le vœu que la fête du 14 juillet soit ajournée.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle que le Conseil d'hygiène du département de la Seine a émis ce vœu et que le vote de l'Académie lui donnerait des chances de succès.

M. Féréol formule ainsi sa proposition :

« L'Académie déclare que, dans les circonstances présentes, il serait éminemment dangereux de créer une grande agglomération de population, et que la fête du 14 juillet réaliserait ce danger. L'Académie propose donc de la renvoyer à une date ultérieure. »

M. HARDY trouve que l'Académie n'a pas de conseils à donner sur ce point au gouvernement qui n'en demande pas, d'autant plus qu'hier le président du conseil a déclaré à la Chambre des députés que la fête aurait lieu.

M. BESNIER propose une autre rédaction de la proposition.

M. LARREY croit qu'il est de la dignité de l'Académie autant que de son devoir d'appeler l'attention du gouvernement sur le danger que pourrait causer une agglomération comme celle amenée par le 14 juillet, mais qu'il faut se borner à émettre un vœu.

M. HARDY propose de dire simplement au gouvernement que les grandes agglomérations sont dangereuses.

M. BESNIER lit sa proposition, ainsi conçue:

« L'Académie, estimant que la réunion d'un grand nombre d'étrangers à Paris pourrait, dans les circonstances présentes et même en l'absence d'épidémie, avoir des résultats fâcheux pour la santé publique, croit de son devoir de signaler le danger. »

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Lancereaux sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. Les candidats sont placés dans l'ordre suivant: MM. Cornil, Voisin, Hanot, Grancher.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU IXe ARRONDISSEMENT.

Séance du 10 *avril* 1884. — Présidence de M. HERVÉ DE LAVAUX

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

Lecture du procès-verbal de la dernière séance par M. Rey, secrétaire annuel. — Adoption du procès verbal.

La correspondance manuscrite comprend : une lettre de M. le Dr Terrillon ; une autre de M. le Dr Paulin, toutes les deux remerciant la Société du titre de membre titulaire donné à leurs auteurs.

La parole est à M. Delefosse pour développer quelques idées sur la caisse de retraite des pensions de droit du corps médical, caisse en création.

M. DELEFOSSE. — Vous avez dû recevoir, au courant de mars, les statuts d'une caisse de pension de droit pour le corps médical, statuts élaborés depuis un an par un comité d'initiative composé de médecins choisis dans toute la France. Ces statuts sont imprimés dans le *Concours médical*, n° du 21 mars 1884. Ils ont déjà été publiés et étudiés en partie dans d'autres journaux médicaux.

Le *Journal de médecine de Bordeaux*, la *Gazette médicale de Paris*, la *Tribune médicale*, la *Gazette hebdomadaire*. Ces statuts ne vous sont donc pas, je pense, étrangers : et si j'ai cru devoir vous en entretenir, c'est simplement pour vous expliquer plus amplement notre but et répondre du mieux possible aux objections qui peuvent être faites.

Quel a été le but que se sont proposé les médecins qui se sont occupés de cette création ? A cette première question s'en joint une autre, corollaire : Le besoin de cette création se faisait-elle sentir ? Permettez-moi de tâcher de répondre le mieux possible à ces questions fondamentales de notre projet.

Tout homme qui vit de son travail doit songer à la vieillesse : trois moyens se présentent à lui pour lui permettre d'éviter, dans les dernières années de la vie, la gêne et même la misère, quand les forces viennent à manquer : 1° l'association entre gens, soit d'une même profession, soit de professions diverses ; 2° appartenir à une administration qui, à une époque déterminée de l'existence et après un certain nombre d'années de service, donne une retraite ; 3° l'assurance sur la vie, *à prime temporaire*.

Il est bien entendu que dans ce que je vais avoir l'honneur d'exposer devant vous, il n'est question que de l'homme célibataire ; je laisse de côté l'homme marié ou qui veut laisser une somme quelconque après sa mort : il est nécessaire de bien établir, dès le début de cet entretien, qu'il s'agit, dans l'espèce, d'un homme qui trouve de quoi vivre, par une combinaison quelconque, quand l'âge et les infirmités sont arrivés et qu'il ne lui a pas été possible d'économiser.

Les médecins ont le premier moyen, qui rend d'énormes services et dont je puis parler d'autant plus savamment que j'ai eu l'honneur de faire, à plusieurs reprises, partie des commis-

sions de l'Association centrale et de l'Association de la Seine ; mais ces associations ont un rôle déterminé, spécial, qui ne peut être comparé en aucune façon à ce que l'on entend par pension de droit. Le deuxième moyen manque complètement aux médecins.

Les militaires, la magistrature, les fonctionnaires de l'Etat, beaucoup de grandes administrations privées l'ont ; les médecins ne l'ont pas :

Le 3e moyen, l'assurance sur la vie, tout le monde le possède.

Or, il résulte de ces prémisses que, dans l'état actuel, si un médecin n'est pas assez indigent ou infirme pour aller frapper à la caisse de l'Association, s'il n'est pas assez riche pour contracter une assurance à prime temporaire (je dis prime temporaire, puisqu'il s'agit d'avoir des ressources avant la mort et non après), il ne lui reste qu'à faire des économies, s'il le peut, ce qui est loin d'être facile dans la profession médicale. Cette caisse est donc utile, j'ajouterai nécessaire pour le tiers-état médical.

Cette première partie élucidée, la création de la caisse étant reconnue utile et destinée à combler un vide, il s'agissait d'établir la marche pour la création de cette caisse. C'est alors que se produisirent une foule de projets, témoignant, de la part de leurs auteurs, une étude approfondie de la question, mais présentant souvent des impossibilités d'exécution. Ce n'est qu'après une longue étude que le comité, sur les indications du Dr Lande, de Bordeaux, établit les statuts qui ont été soumis à votre appréciation. Le mécanisme de cette caisse est bien simple : Tout participant, après 60 ans d'âge et 10 ans de participation, du moment qu'il aura versé, par acomptes et suivant des tarifs qui vous sont exposés, une somme de 7,350 fr., aura droit à une retraite annuelle dont le minimum, d'après les calculs de M. Lande, sera de 1,200 fr. — Le comité s'est beaucoup inspiré de la caisse des pensions de droit du corps médical belge : le président de cette dernière association a bien voulu venir à Paris [do]nner toutes les explications désirables et montrer les fautes à [év]iter, fautes que le temps a permis d'apprécier.

La première objection qui a été faite à ces statuts, c'est que le malade meurt, il perd tous ses versements et sa veuve ou les

enfants n'ont rien. — Remarquez, d'abord, Messieurs, que, tous les versements ne dépassent pas la somme de 7,350 fr. ; que pour cette somme, les médecins remplissant les conditions toucheront une retraite annuelle de 1,200 fr. jusqu'à leur mort, ce qui représente un capital de 25,000 fr.; pour obtenir ce résultat, il faut de l'argent. Nous n'avons pas, comme entrée de jeu, une tombola qui, comme à la Société des gens de lettres, versa à la caisse un million inaliénable ; ce capital, il faut le créer. Or, si avec de si faibles primes, vous voulez encore soulager la veuve et l'orphelin, où peut-on prendre l'argent? Etablir des cotisations très minimes et fournir de grands avantages, n'est pas possible; il est d'ailleurs très facile de démontrer le fait par un chiffre. Dans les tableaux annexés aux statuts, un médecin, pour obtenir la retraite, aura, à 42 ans, à verser une prime annuelle de 287 fr.; s'il s'était assuré à une compagnie de telle sorte qu'il laissât une somme à sa veuve après sa mort, il eût payé une prime annuelle de 1,500 fr. : il y a là, vous le voyez, une énorme différence. J'ajouterai que, d'ailleurs, en envisageant cette question de la veuve, etc., on sort du terrain sur lequel nous nous étions placés au début de la discussion : avoir du pain, avant sa mort, voilà l'idée du projet. Libre au médecin de s'assurer pour ses enfants, s'il le juge convenable, à une compagnie : les deux opérations ne s'excluent nullement.

On a trouvé extraordinaire que si le titulaire vient à mourir, la veuve n'ait rien, tout est perdu pour la famille. Comme je viens de vous le dire, il est impossible de faire autrement avec des primes faibles : pour arriver à la réversibilité, il eût fallu augmenter les primes, et pourquoi faire payer aux célibataires pour les hommes mariés ?

Si le médecin marié veut mettre sa femme et ses enfants à l'abri du besoin quand il ne sera plus, qu'il s'assure sur la vie ; mais s'il veut seulement assurer ses vieux jours contre la misère, qu'il adhère à la caisse de retraite. Les deux œuvres se complètent, mais il est impossible pour le moment de les fusionner ; peut-être pourra-t-on le faire plus tard : à chaque jour sa peine, et comme l'a très bien dit le créateur du projet, M. Lande, « la misère compagne de la vieillesse après une vie laborieusement remplie, tel est le malheur que nous avons voulu éviter par la création d'une caisse de retraite. Je sais bien que ce n'est pas la

seule fatalité qui puisse s'abattre sur nous; mais à nouveau mal nouveau remède : il ne s'agit ici que d'une *spécialité*. La combinaison ne garantit qu'un risque et ne peut faire davantage. » J'ajouterai que les statuts permettent cependant au médecin adhérant de s'occuper de sa femme, puisqu'il peut prendre pour elle une prime au même titre que lui, par 1/4, par 1/2, par 3/4 etc., et même il existe une combinaison avantageuse, car il peut ne prendre pour lui qu'un quart de pension et assurer sa femme pour une retraite entière. En résumé, Messieurs, il s'agit ici d'une combinaison ayant pour but de permettre à un médecin une retraite. Comme il est impossible de faire, comme l'Etat ou les administrations, une retenue sur les appointements, il a fallu employer un autre moyen : la cotisation type est de 100 fr. à 25 ans pour avoir la retraite à 60 ans, c'est-à-dire 100 fr. versés pendant 35 ans. Or, 100 fr. capitalisés à 4 % pendant 35 ans donnent 7.350 fr.

Les femmes peuvent faire partie de l'Association au même titre que leur mari : le privilège pour les veuves est de pouvoir liquider leur pension au moment du veuvage, au prorata de leur âge et des versements qu'elles ont effectués. Si les époux ont chacun une part et arrivent tous les deux à 60 ans d'âge, ils ont deux retraites : si le mari meurt le premier, la femme peut continuer à verser sa cotisation jusqu'à l'âge de 60 ans pour obtenir sa retraite entière ou obtenir immédiatement une retraite d'après son âge et les versements effectués. Je répondrai à une dernière objection.

La caisse de la vieillesse donne les mêmes résultats avec plus de garanties ; elle vaut donc mieux ? Je répondrai : le comité d'initiative n'a pas voulu de la caisse de la vieillesse 1° parce que le maximum de rentes est limité à 1,500 fr.; 2° parce que, s'il y a des bénéfices, c'est l'Etat qui en profite et non la Société ; 3° les fonds sont entre les mains de l'Etat et l'Association désire se gérer elle-même.

M. Piogey, en réponse au discours de M. Delefosse, fait observer que l'Association générale des médecins de France accorde s pensions de 4,5, et 600 fr.: il suffit de faire une demande pour 'elle soit admise, pour peu qu'elle soit fondée. Il montre en-te les grands avantages que présente la caisse de pension de raite pour la vieillesse, avantages tels que la Société des gens

de lettres s'est adressée à la dite caisse pour pouvoir donner des pensions plus considérables. Enfin, il faut tenir compte des frais d'administration qui seront très considérables ; du taux de capitalisation, des fluctuations des valeurs en portefeuille.

M. Delefosse répond à M. Piogey que l'Association des médecins de France rend d'immenses services, mais que son mécanisme ne ressemble en rien à celui de la caisse des pensions de droit.

M. Rey, sans entrer dans la discussion du fond, tient cependant à présenter une observation : d'après les tables de mortalité, les médecins meurent jeunes et n'atteignent pas facilement l'âge de 60 ans, et la caisse à fonder n'accordera des pensions qu'à partir de 60 ans. Elle ne paraît donc pas pratique, puisque les personnes en faveur de qui elle est établie mourront avant la limite donnant droit à la retraite. Elle n'a donc aucun but pour la très grande majorité, et les institutions de prévoyance doivent viser la majorité et non les exceptions.

M. Delefosse. — L'âge de 60 ans est celui adopté par toutes les administrations : il n'existe pas une telle différence entre la mortalité des médecins et d'autres professions pour qu'il soit nécessaire de faire une distinction. En outre, il n'est guère possible d'avancer le terme de la retraite, sans élever, dans des proportions considérables, le chiffre de la prime annuelle. En effet, d'une part la prime ne serait versée que jusqu'à 50 ans, c'est-à-dire dix annuités de moins dans la caisse actuelle, d'autre part la survie moyenne à 50 ans est de 20 ans et 5 mois, tandis qu'à soixante ans elle est de 14 ans trois mois ; donc plus de six retraites annuelles à verser. — En tenant compte de ces différences, la prime annuelle à payer à 25 ans serait de 253 fr. et à 40 ans de 878. Enoncer ces résultats, c'est démontrer l'impossibilité d'une semblable combinaison.

M. Duhomme pense que les divers renseignements fournis par M. Delefosse sont insuffisants et que, dans l'état, la Société ne peut émettre une opinion.

La séance est levée à 10 h.

Le secrétaire général,
Dr Delefosse.

Nota. — Depuis cette séance, le *Concours médical* et le *Journal de médecine de Bordeaux* ont fait paraître des articles

qui éclairent complètement la question et permettent de se rendre compte avec la plus grande facilité du maniement de la caisse. Il serait à désirer que, d'ici peu, un tirage à part des statuts, avec les demandes et réponses complémentaires, fût adressé à tous les médecins de France. Plus les intéressés seront éclairés, plus ils adopteront ce qui doit leur être avantageux.

Dr DELEFOSSE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ÉLYSÉE.

Séance du 5 *mai* 1884. — Présidence de M. NICAISE.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. La correspondance comprend une lettre de M. Debout, absent, qui charge M. le secrétaire général d'offrir à la Société une brochure intitulée : *Seize années de pratique médicale à Contrexeville.* Des remerciments sont adressés à M. Debout par les membres de la Société du VIIIe arrondissement.

M. le docteur ROYER, nouvellement élu membre de la Société, adresse des remerciments au sujet de son admission.

M. BESNIER lit un rapport sur la candidature de M. Félizet.

M. Félizet est élu à l'unanimité membre de la Société du VIIIe arrondissement.

M. BLONDEAU. — Dernièrement la Société de thérapeutique s'occupait d'un médicament nouvellement entré dans la pharmacopée : le valérianate de cœrium. Ayant eu moi-même à me louer de ses bons effets, je désirais en dire quelques mots devant vous. Simpson préconise l'oxalate de cœrium contre les vomissements nerveux et en particulier contre ceux de la grossesse. Un pharmacien français a eu l'idée de substituer le valérianate à l'oxalate de cœrium. Dernièrement, une dame de mes parentes, arrivée au 2e mois de sa grossesse, avait des vomissements non pas incoercibles, mais constants, et se répétant après chaque repas régulièrement. Je lui fis prendre du valérianate de cœrium et après quatre jours les vomissements cessèrent, et ne se sont pas reproduits depuis. Immédiatement avant le repas elle prenait le médicament sous forme pilulaire et à dose de 0,10.

Le valérianate de cœrium aurait aussi des résultats favorables dans d'autres vomissements nerveux.

M. Nicaise fait une communication relative à l'importance du premier pansement des plaies. — Le premier pansement joue, dit-il, un rôle considérable dans la marche des plaies et leurs complications ultérieures. Jusque dans ces dernières années on a remarqué la fréquence des complications : suppuration, inflammation, gonflement, phlegmon, etc... Souvent ces complications tiennent au premier pansement.

Si, une fois la plaie constatée, on applique un pansement intempestif, il y a bientôt du gonflement, de la sécrétion et on ne peut prévenir les complications. Mais si, au contraire, on applique aussitôt un pansement antiseptique, on a la réunion par première intention, et cela même dans les fractures.

Il y a un mois, continue M. Nicaise, je fus appelé auprès d'un jeune homme qui avait une fracture compliquée de la jambe. La fracture était comminutive, les fragments chevauchaient, et immédiatement l'idée de l'amputation se posait. Le médecin appelé aussitôt auprès du blessé avait placé un pansement phéniqué. Le lendemain, quand je vis la plaie, elle était comme lorsque l'accident venait de se produire. Je me mis aussitôt en devoir de laver la plaie, d'enlever les esquilles, puis je plaçai un appareil de Saelter, et le malade a guéri par première intention.

Si au lieu du pansement phéniqué qu'on a eu l'heureuse idée de faire dès le début, on avait eu recours au vieux pansement, on aurait eu du gonflement, de la rougeur et une suppuration grave qui peut-être nous eût forcés à enlever la jambe. Au lieu de cela, aucune complication ne s'est présentée et n'a entravé la guérison.

Lundi dernier, une dame venait de tomber dans la rue. La paume de la main avait porté de telle façon qu'elle s'était luxée la phalange du pouce ; celle-ci avait traversé le gant. Elle arriva aussitôt chez moi. J'essayai de réduire cette luxation, ce qui me fut impossible. Sans insister davantage, je lui plaçai un pansement phéniqué et je l'envoyai à l'hôpital Laennec, me réservant de la voir le lendemain dans mon service. Le lendemain, tout était comme la veille lorsque je venais de voir la blessée. Après l'avoir endormie, je fis la réduction de la

luxation ; j'ai été obligé d'inciser le ligament glénoïdien, et l'articulation était ouverte. Après 24 heures, la réduction des luxations était difficile à cause du gonflement. Aujourd'hui, cette complication n'est plus à craindre avec les pansements antiseptiques. Après avoir réduit, j'ai maintenu le pouce dans la flexion, puis j'ai fait le pansement de Lister. Trois jours après cette femme quitta l'hôpital et revenait me voir à quelque temps de là ; le pansement est levé, tout est cicatrisé, il n'y a pas de sécrétion, et enfin l'articulation est mobile.

Il y a ceci de remarquable, Messieurs, dans la méthode antiseptique, qu'il n'y a pas de réaction. Mais tous les agents antiseptiques n'ont pas la même puissance. Les uns sont antiphlogistiques, d'autres sont microbicides. On a essayé beaucoup de succédanés. Pour moi, je suis resté fidèle à l'acide phénique qui est à la fois et antiseptique et antiphlogistique. — J'insiste toujours et partout sur la nécessité extrême de faire le premier pansement antiseptique. Que ce soit, pour ce premier pansement, du vin, de l'alcool, peu importe ; mais ce qu'il convient de savoir, c'est qu'avec ces agents, l'on peut retarder une opération quelconque, si l'on ne se trouve pas dans des conditions convenables pour agir immédiatement.

Dans nos services hospitaliers, avec ces précautions d'antisepsie, nous avons *toujours* la réunion par première intention. La solution que j'emploie au début, est la solution phéniquée à 5 pour 100. Si l'on a une plaie contaminée ou un peu ancienne déjà, on peut se servir de chlorure de zinc. Le sublimé, qui depuis quelque temps a donné lieu à beaucoup de publications et de communications scientifiques, est déjà un peu moins en vogue. Les Allemands, qui l'avaient prôné au début, commencent à se montrer moins fervents partisans dans l'usage de cet agent antiseptique, qui pourtant a donné et donne encore de beaux résultats en obstétrique.

Ce que je viens de dire pour le premier pansement phéniqué ne s'applique pas à tous les malades indistinctement. Un enfant de 14 ans auquel j'ai fait l'amputation de la cuisse et qui [g]uéri par première intention s'est montré très susceptible à [l'ac]ide phénique. Chez les très jeunes enfants, jamais je n'em[ploi]e l'acide phénique ; chez eux, il y a empoisonnement ra[pide], les urines deviennent noires. Pour ces derniers j'emploie

l'acide borique ; de même dans les cas d'opérations sur les muqueuses ou chez les malades atteints d'affections des reins. Mais il est facile d'obvier à cet inconvénient en ayant soin d'examiner les urines des opérés.

M. Guyet. — M. Lefort emploie l'alcool camphré avec succès dans ses pansements. Que doit-on faire quand on est appelé auprès d'un blessé et qu'on n'a pas sous la main ce qui est nécessaire pour le pansement antiseptique ?

M. Nicaise. — Je vous l'ai dit : tout est bon, du vin, de l'alcool, de l'alcool camphré, mais jamais de corps gras, de cataplasmes. Quant aux pièces de pansement, on peut et on doit les préparer soi-même ; on doit avoir des bandes de gaze, du fil à ligature aseptiques. J'ai été amené à préparer moi-même mes pièces de pansement, parce que j'étais très mécontent de ce qui m'était donné par le commerce. A l'hôpital, je fais moi-même tout ce qui doit me servir dans les pansements antiseptiques, et je m'en trouve pour le mieux.

En terminant, je vous dirai qu'à l'aide des solutions fortes d'acide phénique à 40 pour 100, j'ai obtenu la momification d'une cuisse, chez un homme qui, à la suite d'une oblitération de la fémorale, résultant d'un traumatisme, avait de la gangrène du membre inférieur. Ce malade ayant obstinément refusé l'amputation, je lui fis des incisions profondes sur toute l'étendue du membre, puis des pansements avec la solution phéniquée à 40 pour 100. Au bout de quelques jours, après une véritable momification de la cuisse, celle-ci s'est éliminée seule, sans avoir produit d'infection. C'est la seule fois que je me suis servi d'une solution aussi forte ; celle dont je fais usage journellement est à 5 p. 100.

M. Roucomont, de la part de M. Chereau, lit quelques vers satyriques sur la médecine et les médecins. (Ce travail sera publié).

La séance est levée à 9 h. 30.

Le secrétaire annuel,
Dr L. Chipier.

Le Gérant : Dr A. Lutaud.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

4e Année. — T. VII. N° 3 19 Juillet 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'éminente Société avait aujourd'hui à répondre à la lettre pressante du ministre du commerce qui la priait de s'expliquer sur l'utilité des mesures prophylactiques prises pour prévenir l'extension du choléra.

La lettre est renvoyée à la section d'hygiène, qui se retire

FEUILLETON

PETITES PIÈCES SATYRIQUES ET VERSIFIÉES CONTRE LA MÉDECINE ET LES MÉDECINS

Par le Dr Chereau (1).

Il faut bien rire un peu... Le métier que nous faisons est assez rude pour que nous cherchions à échapper, ne fût-ce que quelques heures, à ses tribulations. Les docteurs Hippocrate et Galien sont assurément des confrères fort estimables, fort intéressants, mais ils ne brillent pas précisément par la gaîté ; madame Hygie, qui s'amuse, pendant toute sa vie immortelle, à donner la becquetée à des serpents, n'est pas, non plus, fort attrayante. Or, il est un genre de littérature qui n'a jamais manqué sur moi son pouvoir hilarant, et qui a eu le même effet sur des confrères que je conviais à la lecture. J'avais un jour quatre ou cinq amis à ma modeste table; à la fin, entre la poire et le [illegible]age, j'allai chercher dans un carton un certain petit re[illegible], commencé il y a bien des années, et qui grossit de jour [illegible]ur. Je lui avais donné à tout hasard, ce titre : *Pièces sa[illegible]ues, versifiées, contre la médecine et les médecins*. On en

(1) [illegible]résenté à la Société médicale de l'Elysée.

dans les bureaux pour faire immédiatement son rapport. Pendant ce temps, M. Collin lit un mémoire sur le sujet qui passionne toujours l'opinion et il montre, par la marche des épidémies générales, que l'observation des foyers locaux ne semble pas prouver que le choléra se transmette par les eaux : on ne voit pas l'épidémie suivre le cours des fleuves ; on ne voit pas, dans les petites localités, que le fléau atteigne plus particulièrement les personnes qui font usage des mêmes eaux, et, au contraire, les cas fort nombreux qui se présentent dans l'intérieur des hôpitaux semblent montrer qu'il y a un autre véhicule de la maladie, et que l'eau des boissons, si elle est un moyen de transport, n'est pas le seul comme le prétend le Dr Koch. Il importe, dit M. Collin, de détruire cette opinion exclusive, afin de ne pas donner une fausse sécurité.

Le choléra se transmet aussi bien par les temps secs que par les temps humides, et quand il a une marche rapide, c'est sur-

---

prit une douzaine dans le tas, et on les lut à haute voix... Non, jamais, je n'ai vu tant rire ! On se tordait, et n'eût été la présence de la maîtresse de maison, l'on eût allongé avec bonheur la ceinture du pantalon. Il y avait pourtant là des *Épitaphes*, genre en apparence peu propre à exciter la gaîté ; ce furent, néanmoins, celles de ces petites pièces qui eurent le plus de succès. Mais il ne faut pas oublier que les *Épitaphes satyriques* ou badines, fort en vogue dans le dernier siècle, n'étaient pas destinées à être gravées sur la pierre des tombeaux ; on les répétait malignement dans les ruelles et dans les salons qui tenaient bureaux d'esprit, et le but cherché par l'auteur, qui était souvent le mort lui-même, se trouvait atteint.

Telle est cette épitaphe, chef-d'œuvre du genre, que Piron composa lui-même :

Ci-gît Piron, qui ne fut rien...
Pas même Académicien.

Telle est cette autre, dont l'auteur m'est inconnu, et qui vise un médecin :

Hâc sub humo, per quem tot jacuere, jacet.

Comment ne pas rire à la lecture à haute voix du *Remède infaillible* de Bautroux :

tout pendant les grandes chaleurs qui, cependant, favorisent absolument le desséchement des matières.

M. Collin croit qu'il doit y avoir un autre moyen de transmission que les matières des déjections et que les eaux contaminées par ces matières.

Mais voici la section d'hygiène qui rentre en séance et M. Lunier qui vient proposer à l'Académie de voter trois propositions dont voici le sens, et qui résument les prescriptions faites par la commission du choléra au sein du comité consultatif d'hygiène.

1° *Les quarantaines terrestres destinées à arrêter la marche des épidémies de choléra sont impraticables.*

M. Brouardel explique que non seulement elles sont impraticables parce que le cordon de troupes que l'on met autour d'une ville contaminée n'empêche pas absolument le passage des habitants, qu'on ne peut pas, dit-il, tuer à coups de fusil

---

Calypso plaignait son destin
De ce qu'elle était immortelle.
Eh ! mais que ne se mettait-elle
Entre les mains d'un médecin ?

Et ce quatrain nécrologique de Delorme :

Le médecin Scribat, des suites d'un gros rhume
Est mort la nuit dernière à l'âge de trente ans ;
Il est auteur d'un excellent volume
Intitulé : l'*Art de vivre longtemps*.

Capelle a fait mieux encore par son *Médecin complaisant* :

Venez, docteur, maître Gervais
Est plus mal que je ne puis dire;
Il divague, et dans son délire,
Il dit qu'il veut mourir. — J'y vais.

C'est, croyon-nous, l'abbé Pons, chanoine de la Collégiale de Chaumont, qui a composé ce huitrain, intitulé : *La Surprise*.

Frater Gascon, lundy, chez un malade
Est appelé : Cé n'est rien, cadédis !
Avant huit jours, c'est moi qui vous lé dis,
Il mangera... mêmè de la salade.

pour les empêcher de mourir du choléra, mais encore qu'elles sont nuisibles pour deux raisons : d'abord parce qu'elles maintiennent la population contaminée dans un état d'agglomération toujours fâcheux en pareilles circonstances, et ensuite parce que le cordon de troupes ainsi placé forme lui-même un foyer capable de transmettre au loin l'épidémie. Quand on a fait des quarantaines, c'est toujours par le cordon de troupes que la maladie s'est propagée, et elle s'est ainsi disséminée plus rapidement.

Laissons, au contraire, sortir les inutiles, diminuer l'encombrement, et nous aurons d'abord plus de chances de restreindre l'intensité du fléau sur place, et si, malheureusement, quelque personne en état d'incubation sort de la ville, elle peut aller mourir plus loin sans transmettre nécessairement la maladie, si on l'isole immédiatement des habitants au milieu des-

---

Le lendemain, le Frater revint tard.
L'homme était mort. Il l'apprend.— Quoi ! si vite !
— Hélas ! une heure après votre visite !
— Une heure après, dites-vous ?... Le gaillard !

Un médecin du dernier siècle, fort en réputation, vient d'échapper à une grave maladie. Aussitôt Ponsardin-Simon de faire courir ce quatrain dans les boudoirs :

Au tranchant de la faulx, N... vient d'échapper,
Grâce à sa qualité de médecin habile,
La Mort eut ses raisons pour ne pas le frapper :
En gagnant un sujet elle en eût perdu mille.

Je ne sais quel est le poëte qui a lancé ce javelot contre l'auteur de la *Mégalanthropogénie*, ou l'art de faire des enfants d'esprit, mais il a dû bien partir :

J'ai vu ton livre merveilleux,
Grâce à lui, sur notre hémisphère,
Nous n'aurons plus de sots ni de fâcheux.
Ah ! pourquoi cet art précieux
Fut-il ignoré de ton père !

Cependant, un rimeur, devant tant d'attaques, crut devoir prendre la défense des fils d'Esculape, et voici la flèche du Parthe qu'il décocha :

quels elle se trouve. N'en a-t-on pas vu des exemples même dans l'épidémie actuelle ?

Cette première proposition est votée à l'unanimité.

2° *Les mesures de désinfection telles qu'elles sont prises aujourd'hui dans certaines gares de chemin de fer sont inefficaces.* (D'après les propositions de MM. Hardy et Dujardin-Beaumetz, on ajoute : *et illusoires.*)

Les précautions utiles dans les gares sont, dit M. Brouardel, 1° de séparer des autres voyageurs un malade qui aurait été pris en route ; 2° à son arrivée, de l'isoler immédiatement dans un local préparé à cet effet. Mais la désinfection en bloc des voyageurs et de leurs malles est inefficace et *illusoire.* M. Brouardel veut bien ajouter le mot « illusoire ».

Cette proposition est également votée à l'unanimité.

3° *Les mesures prophylactiques vraiment efficaces sont celles d'hygiène générale, toutes celles, notamment, qui dimi-*

Salut et gloire aux médecins !
Je blâme quiconque les fronde.
Sans l'art de ces messieurs, on verrait tant d'humains,
Que l'on ne pourrait plus se tourner dans le monde.

Pépin, de Bourges, lui, ne flagelle que les médecins ignorants ; mais il les flagelle bien dans sa pièce fugitive : *Le Médecin voyageur* :

— A voyager je passerais ma vie,
Disait, un jour, un mauvais médecin.
— Ah ! puissiez-vous nous quitter dès demain !
Partez, docteur, si telle est votre envie.
— J'y réfléchis, pourtant : partout des inconnus !
Moi, je voudrais, tout en faisant ma ronde,
Revoir des gens que j'aurais déjà vus.
— Eh ! bien, docteur, partez pour l'autre monde.

Les enfants des bords de la Garonne n'ont pas manqué d'inspirer les poètes satyriques. Voici un gentil petit morceau dont nous sommes fâché de ne pas connaître l'auteur. Cela s'appelle : *La Saignée* :

Chez un Frater, natif des bords de la Garonne,
Pour se faire saigner se présente un manant.
Le Cadédis le manque, et sans que rien l'étonne,

nueront l'encombrement dans les lieux contaminés et isoleront les malades.

Cette proposition est également adoptée.

H. B.



REVUE CLINIQUE

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES

du docteur T. GALLARD, à l'Hôtel-Dieu de Paris.

La leucorrhée. — La leucorrhée se produit en quelque sorte d'une façon physiologique et normale au début et à la fin de chaque période cataméniale, et souvent cet écoulement blanc, glaireux qui précède les règles, les remplace tout à fait, si certaines circonstances pathologiques ne permettent pas à la mu-

---

Saisit le second bras, le manque également.
— Maraud, dit l'Apprenti, tu mé la baillé bonne !
Tu veux que jé té saigne, et tu n'as pas de sang.

Ce sixain rappelle cet autre petit morceau de Touzet, qu'on a appliqué dans ces derniers temps à l'apprenti d'un dentiste de Paris :

Mons Gamarin vantait en pleine foire,
Sur deux tréteaux, son savoir éminent ;
Il l'exerçait surtout sur la mâchoire ;
On en verrait maint effet surprenant.
Ses rêts tendus, il survient un manant :
— Depuis huit jours cette dent m'importune,
Dit-il. Et zeste, un coup de pélican
En abat trois. — Mon ami, sans rancune,
Dit aussitôt l'honnête charlatan ;
En voilà trois, mais tu n'en paieras qu'une.

Sylvius ou Dubois, fut un médecin célèbre du 16[e] siècle, mais, dit-on, d'une avarice sordide. A ses funérailles qui eurent lieu à St-Germain-l'Auxerrois, Buchanan écrivit avec du charbon, sur un des piliers de l'église, une épitaphe en latin, que l'on pourrait rendre ainsi :

queuse génitale de répondre par une véritable hémorrhagie à l'effort du *molimen menstruel*. Ce sont là de véritables *règles blanches* qui alternent souvent avec des règles véritables.

Lorsqu'elles ne durent que quelques jours, elles constituent une des formes de l'aménorrhée ; quand elles se prolongent plus longtemps, elles deviennent ce qu'il conviendrait d'appeler la *leucorrhée* ; mais, par extension, on a donné ce nom à tous les écoulements blancs, ou, pour mieux dire, à tous les écoulements non sanguins qui se font par les voies génitales. Ces écoulements, appelés aussi *pertes blanches* ou *flueurs blanches*, sont, comme l'a fort justement fait remarquer Courty (1), aussi variées dans leur aspect, dans leur nature, que peuvent l'être les crachats, et ils ont, suivant les cas, une signification séméiologique tout aussi différente.

(1) Courty, p. 934.

Ci-gît Sylvius, le médecin,
Qui, d'une avarice patente,
Aux pauvres ne donna un pépin.
A cette heure, il gémit et se lamente,
De ce que tu me lis pour rien.

Si j'osais, je donnerais bien, aussi, l'épitaphe d'un médecin fort accrédité dans cet arrondissement, et qui, après s'être enrichi dans la bâtisse, mourut de l'opération de la taille :

Ci-gît un médecin-maçon,
Très gros propriétaire.
Enrichi de plâtre et de moellon,
Il est mort de la pierre.

Les vers suivants sont bien connus :

Je crains l'art menteur et fatal,
Qui, s'exerçant à l'aventure,
Ne fait souvent qu'aider le mal,
En voulant aider la nature.

Parmi tant de secrets divins
Que les charlatans s'attribuent,
Il en est un des plus certains :
C'est qu'il faut pardonner à l'art des médecins :
Ceux-là laissent mourir, mais les autres vous tuent.

On les rencontre dans la plupart des maladies du système génital, tantôt fluides et ténus, tantôt épais et visqueux, empesant plus ou moins fortement le linge sur lequel ils se déposent; tantôt incolores et transparents, tantôt d'un blanc laiteux ou crémeux, tantôt d'une coloration plus ou moins sale, grise ou roussâtre, tantôt jaunâtres ou verdâtres, et c'est dans les chapitres consacrés à l'étude de chacune de ces maladies qu'il convient de les décrire avec leurs caractères spéciaux.

Comme je ne fais pas en ce moment un chapitre de séméiologie générale, je dois mettre de côté tous ceux de ces écoulements qui ont pour cause efficiente une lésion locale et m'en tenir à ceux qui dépendent d'un état général dont le retentissement se fait sentir sur la fonction menstruelle.

La leucorrhée qui se produit alors procède de deux modes pathologiques très différents :

Dans une première forme, elle a une origine nettement in-

Et cette épitaphe d'un apothicaire :

Ci-git qui, non sans raison,
Prenait les gens par trahison.

Et cette plaisanterie envoyée par Piron à l'apothicaire Bavolet, qui s'amusait à rimer :

Honneur à M. Bavolet,
Qui, dans un ingénieux délire,
A changé sa seringue en lyre,
Et sa canule en flageolet.

Mes malades jamais ne se plaignent de moi,
Disait un médecin d'ignorance profonde.
— Ah ! répartit un Plaisant, je le croi,
Vous les envoyez tous, se plaindre dans l'autre monde.

Quel pauvre métier que le mien !
Disait le médecin Hilaire ;
Comment y gagnerait-on rien ?
On vous refuse le salaire
Que vous ont mérité vos soins.
Par exemple, Monsieur Valère,
Depuis quinze ou vingt ans, au moins,
Me doit la mort de son grand-père.

flammatoire ou tout au moins irritative. C'est une hyper-sécrétion des glandes mucipares comparable à celle qui se produit à la surface de toutes les muqueuses enflammées et qui persiste sous forme de catarrhe même assez longtemps après l'apaisement de la phlegmasie qui en a été le point de départ. On en voit des exemples dans certaines bronchorrhées, et aussi dans les blennorrhées consécutives à l'uréthrite blennorrhagique.

Dans d'autres cas on ne peut trouver aucune trace d'inflammation ni actuelle, ni antérieure ; il y a, au contraire, une sorte d'atonie générale de tous les tissus, qui ne se sont pas autrement altérés, et force est bien alors de reconnaître que la sécrétion morbide est sous la dépendance d'un état général mauvais de l'ensemble de l'organisme, ou d'un vice de composition du sang : à moins que, renversant les termes du problème, on ne fasse de la leucorrhée une maladie primitive, essentielle, idiopathique, qui, par sa persistance, aura déterminée l'affaiblisse-

---

Enfin, un de mes plus intimes amis, un ami *in cute a me notus*, a improvisé, un jour de bonne humeur, une épitaphe pour un oculiste de province, mort, fort riche, il y a quelques années. Je la donne pour ce qu'elle vaut :

Cy-git Oftalmon, oculiste d'Argenteuil,
Qui faisait, dit-on, sur les yeux des merveilles.
Mais la chronique assure, la chose, n'est pas nouvelle,
Que jamais, il n'appliquait ses remèdes... à l'œil.

Terminons par ce joli couplet :

Chacun voudrait une recette
Pour se conserver la santé :
Je vais vous en donner une parfaite,
Que ne sait point la Faculté :
Ayez la conscience pure,
De temps en temps faites le bien ;
Puis, laissez agir la nature ;
Vous vous porterez toujours bien.

Oui, rions de ces spirituelles et innocentes badineries ; elles
…it rire nos confrères des temps passés. Faisons comme
… Rappelons-nous que les auteurs de ces fines plaisanteries
…hantaient à leurs médecins..., qu'ils s'empressaient d'ap-
…r à la première douleur. Dr A. CHEREAU.

ment général de l'organisme et l'altération de la dose du sang sans lesquels on ne la rencontre pas.

Je me garderai bien d'augmenter le nombre de ceux qui professent cette dernière opinion et admettent avec Courty que *la leucorrhée est habituellement symptomatique*, *qu'elle est même toujours symptomatique*, j'éviterai de commettre « l'abus de langage » qui consiste à « parler d'une leucorrhée idiopathique » ; aussi chaque fois que je trouverai le symptôme, je m'efforcerai de remonter à la maladie d'où il procède.

Pour qui veut examiner les faits avec une scrupuleuse attention et sans parti pris, la chose est facile ; mais la question a été sigulièrement compliquée par des observateurs, trop pressés de conclure, qui voyant dans un certain nombre de cas une leucorrhée persistante précéder d'autres troubles graves de l'organisme et en particulier la chlorose, ont admis que cette leucorrhée devait être la cause première de tous les accidents observés par la suite.

Le fait matériel, brutal, si je puis ainsi dire, est clair dans un certain nombre de cas. On constate bien que chez certaines femmes atteintes plus tard de chlorose, avec dyspepsie, amaigrissement, pertes des forces, névralgies multiples, etc., etc., le premier symptôme observé et le seul qui ait attiré l'attention pendant un temps souvent assez long a été une leucorrhée persistante ; mais quand on va au fond des choses, quand on y regarde de plus près, on voit que cette leucorrhée est due à une métrite ancienne avec ulcérations plus ou moins étendues, et je vous ai dit quel retentissement la métrite chronique exerce sur l'ensemble de l'organisme au point de vue surtout de la dénutrition.

Remarquez bien que, dans tous les cas, la métrite ou toute autre maladie analogue est demeurée ignorée par cette simple raison qu'on ne l'a pas recherchée, et qu'on s'est borné à traiter la leucorrhée prétendue idiopathique par de simples injections ou d'autres remèdes tout aussi innocents.

Cependant, et quoique l'on ne manque jamais de la constater dès qu'on la recherche, il se trouve encore des fanatiques de l'essentialité assez convaincus pour prétendre que ce n'est pas la maladie locale qui a engendré la chlorose avec l'état général subséquent, mais bien cet état général qui a fait naître l'état lo-

cal ; la chlorose qui a donné lieu à l'écoulement leucorrhéique ; puis cet écoulement qui, par ses qualités irritantes, a causé la métrite et les ulcérations du col utérin.

Il n'y a à cela qu'une chose à répondre : c'est que la chlorose qui engendre la leucorrhée, si persistante, si grave soit-elle, ne donne jamais lieu à de la métrite et encore moins à des ulcérations du col. Il en est de même de toutes les maladies générales ou diathésiques, et si, dans la tuberculose, dans la scrofule, dans l'arthrite ou dans la syphilis même on voit se produire la leucorrhée, c'est indépendamment de toute inflammation spéciale ou spécifique de l'utérus ou de sa muqueuse.

Ce n'est pas à dire qu'il ne puisse pas y avoir de métrite chez les femmes atteintes de phthisie, de scrofule, de rhumatisme, de vérole, pas plus que chez celles qui sont affectées de chlorose, et que par suite leur leucorrhée ne puisse dépendre de cette affection locale.

Dans ces cas, deux causes, l'une générale, l'autre locale, combinent leur action pour produire un seul effet, l'écoulement leucorrhéique, et ces deux causes réagissent l'une sur l'autre pour exercer leur influence sur la marche de la maladie. De telle sorte que si la métrite ne se comporte pas de la même façon chez les phthisiques, chez les scrofuleuses, chez les rhumatisantes, que chez les chlorotiques ou que chez les femmes indemnes de toute influence morbide générale, cela ne suffit pas pour forcer à admettre que, à côté des métrites simples, il y ait des métrites tuberculeuses, scrofuleuses, rhumatismales, herpétiques, chlorotiques, etc. ; admettre sous ces noms autant d'espèces morbides différentes, voilà ce qui constitue un véritable « abus de langage » dont il importe de se garder même lorsqu'on admet, comme je n'hésite pas à le faire, que l'état général de la constitution peut retentir sur la métrite en tant que maladie locale, de façon à lui imprimer un cachet tout particulier, tant au point de vue de la symptomatologie que de la marche et surtout du traitement.

I… ›ulement leucorrhéique peut provenir de la vulve, du va… . de l'utérus ou même de toutes ces parties à la fois. Lorsqu'… st dû à une phlegmasie de ces organes, il renferme des leu… ytes ou du pus ; lorsqu'il est le résultat d'une simple hyper… étion dépendant d'un état général de l'organisme, on

peut reconnaître son origine aux caractères physiques, chimiques et morphologiques propres aux sécrétions physiologiques de chacune des parties d'où il provient.

Celui qui vient de l'utérus offre des différences dans ses caractères objectifs suivant le point de la muqueuse génitale au niveau duquel il a pris naissance.

Il est entre les écoulements fournis par les deux segments de l'utérus une différence importante au point de vue clinique, et sur laquelle je désire appeler l'attention, car elle se rattache très directement à une discussion pathogénique non encore entièrement élucidée.

L'observation attentive des faits a démontré que l'écoulement, même assez abondant, du mucus utérin cervical affaiblit peu les malades, tandis qu'un flux leucorrhéique, relativement moins considérable, paraît les épuiser rapidement et les conduire plus vite à un état d'anémie très marquée : ce fait, que j'ai signalé pour la première fois il y a bien longtemps déjà, ne dépendrait-il pas uniquement de ce que, dans la métrite utérine, l'écoulement, même lorsqu'il est d'aspect tout à fait blanc, est constitué par de nombreux globules sanguins, ainsi que cela résulte des observations faites par Hottenier dans mon service.

C'est dans les cas où elle est ainsi sous la dépendance de la métrite interne qui prend si souvent la forme catarrhale, que la leucorrhée a pu être considérée comme se produisant d'une façon épidémique et était soumise à certaines influences saisonnières de froid et d'humidité (1), comme cela a été observé chez nombre de Parisiennes quand il était de mode d'aller faire sa promenade du soir sur le pont des Arts. Ce que j'ai dit (2) de la malade observée par West qui était prise de métrorrhagies chaque fois qu'elle quittait Londres pour aller habiter dans une contrée humide de l'Irlande, explique comment agissent le froid et l'humidité pour engendrer la phlegmasie interne, avec tous ses symptômes propres, aussi bien la métrorrhagie que la leucorrhée.

(1) Raulin, *Traité des flueurs blanches avec la méthode de les guérir*. Paris, 1766. — Troussel. *Des écoulements particuliers aux femmes*. Paris, 1842.

(2) T. Gallard, *loc. cit.*, p. 505.

Puisque je parle de l'étiologie de la leucorrhée, je ne puis pas me dispenser de rappeler celle qui lui a été si longtemps attribuée par un grand nombre de médecins et à laquelle Lisfranc, en particulier, attache une réelle importance, je veux parler de l'alimentation par le café au lait. C'est un point sur lequel je me suis déjà expliqué en montrant qu'il s'agit là non pas d'une action spéciale, encore moins spécifique, mais bien d'un fait d'alimentation mauvaise, conduisant à la dénutrition et à la chlorose.

En effet, sous l'influence du tannin contenu dans le café, les matières albuminoïdes du lait sont transformées en petits grumeaux, non digestibles, et qui parcourent tout le tube intestinal comme le feraient des grains de plomb ou des corps étrangers quelconques inattaquables aux liquides intestinaux. D'autre part, le café constitue ce que l'on a nommé un aliment d'épargne ; il *trompe* la faim en quelque sorte, et vient se substituer, sans pouvoir le remplacer, à un repas dans lequel la femme aurait ingéré des aliments plus facilement digestibles et à coup sûr plus nutritifs.

Les conditions prédisposantes à l'égard de la leucorrhée sont pour la plupart encore mal déterminées. Courty (1) se contente de dire que « l'âge de la première période des fonctions sexuelles lui a paru y prédisposer et qu'il l'a observée chez les jeunes filles avant l'apparition des règles ou pendant les premières années de la menstruation, et chez les jeunes femmes plus souvent que chez les femmes âgées. » D'autres auteurs ayant reconnu que, sur un certain nombre de femmes atteintes de leucorrhée, les deux tiers ont eu des rapports sexuels, et qu'un tiers seulement sont vierges, ont voulu conclure de ces chiffres à la plus grande fréquence de l'affection chez les femmes usant du coït. C'est là, suivant moi, un raisonnement faux ; en effet, si l'on prend au hasard un certain nombre de femmes, leucorrhéiques ou non, il s'en trouvera certainement plus des deux tiers qui ont eu des rapports sexuels, et, par suite, la proportion des filles vierges, dans la statistique relative à la leucorrée, semble au contraire plus considérable qu'elle ne l'est sur ensemble de la population.

(1) Courty, *loc. cit.*, 2e édit., p. 667.

Ainsi envisagée, la leucorrhée n'étant à vrai dire qu'un symptôme, ne comporte pas de traitement qui lui soit propre. On ne peut la faire disparaître qu'en combattant les maladies diverses sous l'influence desquelles elle se produit. Ainsi que pour l'aménorrhée, c'est au traitement général et en particulier à l'hygiène qu'il faut le plus souvent avoir recours, tout en dirigeant contre les maladies locales la médication topique qui leur convient.

Comme premier élément de cette médication topique, je dois mentionner les lotions et les injections qui sont toujours indiquées, même lorsqu'il n'y a aucune altération des organes génitaux autre que l'hypersécrétion leucorrhéïque. Ces lotions qui, dans les cas d'inflammation plus ou moins prononcée, doivent être émollientes, seront au contraire légèrement astringentes lorsque les sécrétions sont indépendantes de tout état phlegmasique. On les fera généralement fraîches, avec des décoctions de plantes balsamiques, comme les feuilles d'eucalyptus, de myrte, de matico, ou astringentes, comme les roses de Provins, l'écorce de chêne ; on y ajoutera un peu de tannin, de borax ou d'alun ; on pourra même appliquer ces dernières substances à l'état pulvérulent en les projetant dans le vagin ; on les mélange alors avec une poudre inerte comme l'amidon, dans la proportion de un dixième par exemple, et l'on parvient ainsi, en renouvelant ces pansements tous les deux ou trois jours, à procurer un grand soulagement à de malheureuses femmes dont un écoulement leucorrhéïque souvent rebelle entretient les parties génitales dans un état permanent d'humidité.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE DES VOIES URINAIRES.

Trois cas de rupture de la vessie : I. **Rupture spontanée de la vessie. — Guérison** par le Dr LUGEOL, de Bordeaux. — II. **Remarques sur la Rupture de la vessie. — Guérison par la cystotomie sus-pubienne combinée avec l'uréthrotomie externe périnéale**, par le Dr WEIR, de New-York. — III. **Rupture de la ves-**

sie, fracture du bassin, taille médiane. Mort. — Dr Reginald Harisson, de Liverpool.

I. — *Rupture spontanée de la vessie. — Guérison.* — Ce fait a été observé par le Dr Lugeol, de Bordeaux, et il en a fait la communication à la Société de Médecine de Bordeaux, dans sa séance du 12 octobre 1883. Un homme de trente ans avait contracté, douze années auparavant, une blennorhagie dont la durée fut très longue et qui laissa après elle un rétrécissement. La crainte du cathétérisme avait toujours empêché le malade de se soumettre à aucun traitement. Les envies d'uriner devinrent incessantes et un jour il fut pris de rétention complète d'urine. Il fit des efforts exagérés pour pisser et ressentit tout à coup une violente douleur dans le flanc gauche accompagnée d'un frisson prolongé. Le Dr Lugeol, appelé auprès de lui, constata une sensibilité exagérée dans le côté gauche ; en outre le malade disait avoir une diarrhée excessivement fétide. Quelques jours après, les signes d'un phlegmon profond devinrent manifestes ; la ponction étant indiquée, le chirurgien fit deux grandes incisions, une à la paroi abdominale, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et l'autre au niveau du pli inguinal. Ces deux incisions donnèrent issue à une énorme quantité de pus mal lié et à des lambeaux de tissu sphacelé exhalant une odeur de gangrène et d'urine. — Pansement phéniqué. Drain de caoutchouc dans la plaie. Trois jours après M. Lugeol fit une contre-ouverture au côté externe de l'abdomen et y passa un drain. Le malade fit remarquer au chirurgien qu'un liquide clair s'écoulait par les ouvertures de la première incision. L'examen démontra que c'était de l'urine. Le malade disait d'ailleurs qu'il urinait à la fois par le canal de l'urèthre et par le drain. On avait donc affaire, dans ce cas, à une rupture de la vessie, épanchement d'urine dans la cavité abdominale, phlegmon et fistule consécutive. Une collection purulente se forma à quatre travers de doigt au-dessus de la vessie. Cette tumeur, du volume d'un œuf, fut incisée, et, ...ès l'évacuation du pus, il en sortit de l'urine. Le jet était ...ez fort, car lorsque le malade voulait uriner, l'urine jaillis... par l'orifice, au-delà du vase.

...I. Lugeol fit alors la dilatation temporaire progressive ; puis ...laça une sonde à demeure pendant quelques jours ; les ou-

vertures se cicatrisèrent; la dilatation fut poussée jusqu'au N° 16 et le malade guérit complètement.

M. Lugeol pense que la rupture de la vessie a dû se faire à la partie antérieure et supérieure, en dehors du péritoine. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1883.)

II. — Cette observation, qui a été lue par le Dr Robert Weir, à la Société des praticiens de New-York, a pour titre : *Remarques sur la rupture de la vessie ; guérison d'un accident de ce genre par l'uréthrotomie périnéale et par un drain placé dans le bassin.*— L'auteur passe d'abord en revue tous les différents cas de rupture de la vessie extra ou intra-péritonéale, cite les différents traitements qui ont été proposés ou employés, et rapporte enfin l'observation suivante qui lui est personnelle : Un Italien, âgé de 28 ans, travaillait, le 20 nov. 1883, dans une rue de New-York, à creuser une tranchée pour les conduites de gaz, lorsqu'un éboulement eut lieu, tomba sur lui et l'atteignit violemment sur la hanche gauche et sur le bassin. Transporté à l'hôpital on constate une ecchymose au scrotum et au méat urinaire. On sonde le malade et on retire de l'urine sanguinolente, mais qui devint plus claire à la fin de l'évacuation. Douleur à la palpation, au-dessus des pubis et sensibilité extrême au niveau de la hanche gauche. Comme le malade urinait difficilement et qu'il émettait de temps à autre une urine sanguinolente, on le sondait toutes les trois heures. Cet état dura jusqu'au 22. On attribuait tous les accidents à une rupture de l'urèthre ; mais comme la matité sus-pubienne augmentait et remontait jusqu'à quatre pouces (0,10 centim.) au-dessus des pubis et s'irradiait vers les régions inguinales, on pratiqua le toucher rectal et on trouva un point extrêmement douloureux sur le côté gauche de la prostale. A ce moment la température marquait 37.2 ; mais le 24 elle s'éleva jusqu'à 38 ; le pouls marqua 14 ; le malade était agité, avait des envies de vomir. L'aire de la sensibilité anormale s'était élargie. On fait une ponction à l'hypogastre qui donne issue à un liquide sanguinolent à réaction acide et à odeur urineuse. On donna alors l'éther au malade et M. Weir pratiqua sous le spray, au sublimé à 1/1000, la taille hypogastrique. Une incision de 3 pouces 1[2 (0,09 cent.) est faite à la paroi abdominale

et en arrivant sur le plan celluleux sous-péritonéal on trouva une longue cavité renfermant environ 600 grammes d'urine sanguinolente mais non décomposée. Le chirurgien introduit alors le doigt dans la vessie jusque derrière la symphyse pubienne, mais on ne trouva rien. M. Weir résolut alors de placer un drain qui, introduit par la plaie sus-pubienne, ressortirait par le périnée; pour atteindre ce but, on plaça séance tenante le malade dans la position pour faire la taille périnéale. On introduit par le canal de l'urèthre un conducteur jusque dans la vessie et on ouvre le canal en avant de la prostate. Par l'ouverture périnéale le doigt indicateur pénètre dans la vessie et on reconnait une déchirure située le long du côté gauche de la prostate et se perdant dans les parois de la vessie. Par prudence on ne chercha pas à reconnaître la limite supérieure de la déchirure. On introduit alors par la plaie hypogastrique un gros cathéter d'argent que l'on fit ressortir par la plaie périnéale. On fixa ensuite un fil aux yeux de la sonde et, en la retirant, elle entraîna un tube de caoutchouc que l'on sutura à la peau de l'abdomen et à la peau du périnée. On place dans la vessie un second drain par la plaie périnéale seulement. On fit des lavages avec une solution chaude de sublimé à 2 p. 1,000 et on appliqua par dessus le tout un pansement de gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent aussi simples que possibles, sauf deux petites alertes causées par le malade qui avait enlevé le drain : aucune complication ne survint et le malade sortait guéri le 24 décembre, c'est-à-dire un mois et quatre jours après son accident. — (*New-York Médical Record* du 29 mars 1884, p. 337.)

III. — *Rupture de la vessie, fracture du bassin taille médiane*, par Reginald Harrison. — Le 12 janvier 1884, un homme de 29 ans occupé à charger un camion tomba d'une hauteur de six pieds avec un lourd colis qui l'atteignit dans sa chute sur la partie supérieure du bassin. Transporté à l'hôpital, on constata que le devant de sa chemise était taché de sang et on per[...]t en outre de la crépitation des os du bassin. La miction était [im]possible. On apprit que le malade n'avait pas uriné depuis [...]is heures environ. On le sonda aussitôt et on retira huit [...]es (226 grammes) d'urine mélangée de sang rutilant. Six

heures plus tard, nouveau cathétérisme qui donne six onces d'urine (168 grammes). La sonde passait facilement et n'était accrochée nulle part dans la vessie ; l'urine s'écoulait par un jet assez fort. M. Harrison ayant constaté une fracture du pubis du côté droit conclut à une rupture de la vessie sur le siège de laquelle par rapport au péritoine il ne pouvait rien affirmer. Le chirurgien résolut alors de faire l'exploration digitale périnéale et il reconnut que la rupture était extra-péritonéale et siégeait sur la paroi antérieure un peu au-dessus de la prostate ; à travers l'ouverture de la vessie on sentait la fracture du pubis. Un tube à demeure est placé au périnée. L'urine s'écoula facilement pendant la nuit et le lendemain 13 ; mais le 14 vers 2 heures du matin l'écoulement s'arrêta net ; il semblait même que l'excrétion urinaire était suspendue. Le malade mourut six heures après. C'est alors que l'on sut qu'il avait eu la fièvre scarlatine dont il n'était guéri que depuis quinze jours seulement.

A l'autopsie on trouva de la péritonite généralisée, mais pas de déchirure de la séreuse. L'espace de Retzius était plein d'urine.

Quant aux lésions de la vessie on voyait la déchirure dont il est question plus haut ; elle mesurait trois-quarts de pouce (0,02 centim). On constatait une seconde déchirure à la base du trigone ; une déchirure des tissus du périnée au-dessous du canal de l'urèthre, mais communiquant avec la plaie d'incision ; on sentait avec le doigt une fracture de la branche droite de l'arcade pubienne ; on pouvait également la constater par la plaie de la vessie ; il y avait un énorme épanchement sanguin au-dessous du fascia pelvien aux environs de l'articulation sacro-iliaque droite; et un épanchement semblable, mais moins abondant, dans les tissus sous-péritonéaux du côté gauche, autour de la partie supérieure du trou ovale ; en outre, l'artère et la veine obturatrices étaient complètement divisées. Il y avait aussi six traits de fracture des os du bassin. La branche transverse] et descendante des deux pubis était complètement fracturée, à leur point de réunion avec l'ischion et l'iléon. La branche descendante du pubis du côté gauche était complètement fracturée près de son point de réunion avec le corps de l'os, et du côté droit il y avait une fracture verticale complète du sacrum comprenant tous les trous sacrés antérieurs.

M. Harrison, après avoir passé en revue les différents éléments de diagnostic sur la rupture de la vessie, termine par ces conclusions : « Dans un cas de rupture de la vessie, n'attachez pas une trop grande confiance dans l'emploi du cathéter (comme moyen thérapeutique) sinon pour faciliter le diagnostic ; faites sans retard l'opération latéralisée comme pour la taille, explorez soigneusement la vessie avec le doigt. Si vous avez la certitude que la rupture communique avec la cavité du péritoine, et il y a des signes qui permettent de dire que l'hémorrhagie s'est produite ou existe encore ; ou que la vessie n'est pas suffisamment contractée pour empêcher l'urine de s'écouler dans la cavité peritonéale, ouvrez l'abdomen, enlevez l'urine et les caillots, et suturez la vessie. Si la déchirure est extrapéritonéale, contentez-vous de placer un tube par la plaie périnéale afin de faciliter l'évacuation continue de l'urine. » (*The Lancet* du 3 mai 1884, p. 789.) A. Bizat.

Du traitement de la phthisie dans ses premières périodes, par Green. — L'analyse des faits apprend qu'il faut tenir compte de trois facteurs dans le développement et la marche envahissante de la tuberculose : 1° Un état de faiblesse constitutionnelle plus ou moins marquée, soit héréditaire, soit acquise, rendant le sujet incapable de résister aux mauvaises influences extérieures ; 2° Une disposition particulière des sommets des poumons, probablement une tendance à n'avoir qu'une circulation peu active, disposition qui favorise l'évolution du processus tuberculeux ; 3° l'introduction dans l'organisme d'un produit morbide, du bacille de la tuberculose. L'auteur croit qu'il faut avant tout soigner le régime de ces malades : il faut leur faire prendre quelque chose avant qu'ils ne se lèvent, et il conseille de leur donner du chocolat au lait. Lorsqu'il y a des phénomènes de gastrite, il propose d'administrer du carbonate de bismuth à la dose de 10 à 20 grains, une demi-heure avant les repas, pendant deux ou trois semaines. puis on donne une m[illegible]ure de gentiane et de bicarbonate de soude pendant fort lo[illegible] temps. L'huile de foie de morue tient une grande place d[illegible] le traitement de la tuberculose, il faut l'administrer après le[illegible] repas. La quinine est utile pendant les périodes fébriles, ou q[illegible]d les malades sont trop débilités. Pour modérer la toux,

il faut prescrire des calmants, mais seulement pendant la nuit. On peut donner, pour arrêter les sueurs nocturnes, des pilules renfermant de un quart à un demi-grain d'extrait de belladone et de deux à trois grains d'oxyde de zinc. Quand la fièvre est très intense on peut ajouter la digitale à la quinine. Quant à la question de savoir si, par des inhalations antiseptiques, on peut arriver à détruire les bacilles, l'auteur ne pense pas qu'on puisse encore l'espérer avec les méthodes actuelles, mais il croit que l'on doit tenter des essais dans ce sens. (*Lancet*, janvier 1884 et fév. p. 149-193.

L. B.



CORRESPONDANCE

Nous recevons d'un de nos confrères de province l'observation suivante qui présente un grand intérêt pratique :

RÉTENTION TOTALE DU PLACENTA.

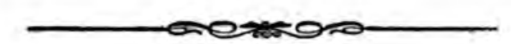
La rétention d'une partie ou de la totalité du placenta est la cause d'accidents graves, d'un côté par la production d'hémorrhagies et d'un autre par la résorption des matériaux putréfiés. Il ne faut cependant pas outrer le principe et regarder une femme comme absolument perdue dans le cas d'enchâtonnement complet du placenta et de sa rétention totale. Appelé pour délivrer une femme pluripare accouchée, depuis sept heures, par une sage-femme, d'un enfant de 8 mois 1/2 qui avait succombé, je trouvai la malade en parfaite connaissance, quoique faible. Une assez forte hémorrhagie avait eu lieu. Au toucher, le col utérin laissait passer un doigt et, au-dessus, un rétrécissement bien serré devait donner à l'utérus l'aspect d'une gourde renversée, le goulot en bas. Je tentai, avec les doigts en cône, de forcer l'obstacle. Impossible. En présence de la faiblesse de la malade et de l'hémorrhagie survenue déjà, je reculai devant l'emploi des instruments. Je fis préparer du café et j'en

prescrivis 4 verres dans les 24 heures avec 0g50 de sulfate de quinine, chaque fois, à titre d'antiseptique. Le lendemain, la femme était beaucoup mieux et ne se plaignait que de ma potion qu'elle prenait sans sucre, parce que je n'en avais pas parlé. Je continuai le même traitement pendant deux jours encore, avec, bien entendu, addition de sucre. Le rétablissement se fit dans les délais ordinaires, et six mois plus tard une nouvelle grossesse se déclarait.

Sous l'influence du sel quinique, le placenta retenu se sera-t-il ratatiné, raccorni pour être ensuite expulsé au moment des menstrues et à l'insu même de la femme ? La chose me paraît vraisemblable.

J. FAVÉ.

Kerlovan (Finistère).



FORMULAIRE

Emploi thérapeutique du Boldo. — Découverte d'un glucoside.

Le Boldo (*Pneumus boldus* — *Boldoa fragrans* — famille des monimiacées), est un arbre qui croît dans l'Amérique du Sud, notamment au Chili et en Bolivie.

D'après MM. Bourgoin et Verne, on constate à l'analyse des feuilles de boldo : une huile essentielle, principe amer appelé *boldine*, l'acide citrique, de la chaux, du sucre, de la gomme et du tannin. Le produit le plus considérable de la plante est l'essence qui est renfermée en très grande quantité dans les feuilles.

Dans des expériences faites sur l'hommes et sur les animaux, M. Dujardin-Beaumetz (*Clinique thérapeutique*) a démontré que l'essence déterminait, en passant par l'urine, une diurèse assez abondante et que les urines prenaient une odeur bien nette d'essence de Boldo.

Chez l'homme la teinture de boldo produit une sensation de chaleur et de stimulation générale. Ces expériences ont montré que le boldo doit être classé parmi les médicaments excitants.

Par sa teinture, le boldo rentre dans la classe des plantes aromatiques et comme ces dernières, il est un excitant général diffusif et un stimulant des fonctions digestives.

Par son essence, le boldo se rapproche des gommes et des résines; il a alors, comme celles-ci, une action excitante sur les fonctions urinaires.

Messieurs Dujardin-Beaumetz et Claude Verne (*Bull. de Thérap.*, t. LXXXIV) ont employé la teinture et le vin dans les cas d'anémie et de dyspepsie, à la dose de 1 à 2 grammes de teinture et 60 grammes de vin par jour.

Ils ont administré l'essence de boldo en capsules, à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour, dans les cas de catarrhe de la vessie et de cystite aiguë, en ayant soin de donner cette essence au moment des repas.

M. Bouchardat préconise l'emploi du boldo dans certaines maladies du foie et dans le catarrhe chronique des voies urinaires. Il fait préparer un vin de boldo suivant la formule :

Feuil. contusées de boldo	30 gr.
Alcool à 60 degrés......	60 —
Vin de Madère ou de Grenache....................	1 lit.

M. S. A.

Dose : Un verre à liqueur après les repas. — Ce vin est très aromatique.

Glucoside.

— M. Chapoteaut s'est livré dernièrement à une série de recherches sur le boldo, qui l'ont amené à isoler un glucoside. MM. Bourgoin et Claude Verne avaient isolé, en 1874, des feuilles de boldo, une substance douée de propriétés très faiblement alcalines, qu'il nommèrent *boldine*. Cet alcaloïde existe bien, mais ses propriétés physiologiques sont si peu marquées, la quantité que les feuilles de boldo en contiennent est si peu importante (0 gr. 500 environ par 20 kilogrammes de feuilles), que M. Chapoteaut crut devoir rechercher un autre produit permettant d'expliquer les propriétés médicinales de la plante. Il entreprit cette étude dans le laboratoire de M. Rigaud, à Neuilly.

Après avoir traité, les feuilles de boldo par l'alcool bouillant, puis évaporé ce liquide alcoolique, il reprit le résidu par l'eau légèrement acidifiée à l'acide chlorhydrique, afin d'éliminer complètement l'alcaloïde. Cette solution, débarrassée de la plus grande partie des matières mucilagineuses, est agitée avec de l'éther ou du chloroforme ; l'évaporation de ce véhicule fournit un corps sirupeux, transparent, de couleur à peine ambrée, dont l'odeur et la saveur sont aromatiques.

Cette matière s'entraîne par la vapeur d'eau, mais ne peut se distiller sans décomposition dans le vide ou dans un courant d'hydrogène. *Un kilogramme de feuilles de boldo en donne environ 3 grammes.*

Elle appartient à la famille des glucosides; car, si on la chauffe avec l'acide chlorydrique très éten-

du, elle se dédouble en glucose, chlorure de méthyle et en un corps soluble dans l'alcool et la benzine, insoluble dans l'eau, sirupeux, dont la composition centésimale correspond à la formule $C^{19} H^{28} O_3$.

M. Chapoteaut a observé que la dissolution de ce corps dans la benzine s'attaque par le sodium en dégageant de l'hydrogène, et que ce composé sodique peut s'éthyler et se méthyler si on le traite par les iodures alcooliques.

D'après ce chimiste distingué, ce glucoside serait assurément un *éther*, dans lequel le glucose jouerait le rôle d'acide.

M. le Dr Laborde, qui a commencé l'étude physiologique de ce glucoside, a constaté, dans une première série d'expériences, qu'un des principaux effets de cette substance introduite dans l'organisme, soit en injections hypodermiques (cobayes), soit en injections stomacales (chiens), est de produire rapidement et d'emblée un *sommeil tranquille*, plus ou moins durable, selon la dose, et dont les animaux sortent par un *réveil naturel*, puis reprennent *sans aucun changement appréciable dans leur état de santé*, leur vie habituelle et leur appétit.

M. Laborde a observé en outre que, à la suite d'injections intraveineuses chez le chien, cette substance excitait et augmentait les diverses fonctions secrétoires, notamment la sécrétion et l'excrétion biliaire, celle de la salive et de l'urine. Voilà qui nous ramène aux propriétés connues du boldo.

Il n'en est pas moins vrai que les effets physiologiques du glucoside isolé par M. Chapoteaut sont bien plus remarquables que les divers effets décrits par les auteurs qui ont étudié l'action thérapeutique de la plante. Ainsi le *sommeil tranquille* provoqué sur des cobayes et sur des chiens par M. Laborde, avec *reprise de la santé normale au réveil*, est une action physiologique des plus curieuses de ce glucoside, et l'écarte de la classification proposée par M. Beaumetz qui fait rentrer la plante dans les excitants généraux diffusifs.

Dr Octave Gourgues.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Trélat est transé, sur sa demande, de l'hôpital Necker à l'hôpital de la Charité, dans chaire de clinique de M. Gosselin. M. le professeur Le Fort remplace le professeur Trélat à l'hôpital Necker.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de E. Rit- professeur de chimie médicale à la Faculté de Nancy. Notre distin-

gué confrère a succombé, dans sa quarante-huitième année, à l'affection cérébrale qui l'avait obligé à suspendre son enseignement depuis plusieurs années.

— Nous apprenons également avec regret la mort de M. le docteur Béchet, doyen des médecins d'Avignon.

— Parmi les 8 décès dus au choléra à Toulon, le jeudi 3 juillet, nous avons le regret d'annoncer celui de M. le Dr Borel, médecin de 1re classe de la marine.

Bureau de bienfaisance. — M. le docteur Roussy, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, a été élu médecin du bureau de bienfaisance dans le Ve arrondissement.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 juillet 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

Choléra. — M. Béclard donne lecture d'une lettre qui lui a été adressée par M. le ministre du Commerce et dans laquelle il demande à l'Académie les mesures prophylactiques à appliquer contre le choléra.

M. Brouardel. Le 1er juillet dernier, à la demande du gouvernement, le Comité consultatif d'hygiène de France a nommé une Commission composée de MM. les docteurs Brouardel, Fauvel-Gallard, Legouest, Pasteur, Peter, Vallin, Nicolas et Proust, rapporteur, à l'effet de rédiger des instructions concernant les précautions à prendre en temps de choléra.

M. Brouardel énumère ensuite les motifs qui ont guidé cette Commission — dite du choléra — pour se conformer au programme tracé par le ministre du Commerce.

En effet, les mesures formulées par les municipalités sont les unes contradictoires, les autres d'une sévérité excessive. Ainsi à Nice, on exige des voyageurs venus de Toulon ou de Marseille une quarantaine de cinq jours, avant qu'il leur soit permis de pénétrer dans cette ville. Si ces mesures étaient généralisées, la vie de la France serait suspendue. Les quarantaines par mer sont seules possibles, tandis que les cordons sa-

nitaires n'ont jamais donné que des résultats désastreux. En ce qui concerne la désinfection on a eu recours à des moyens plus ou moins efficaces.

C'est sur ces différents points que le Ministre sollicite l'avis de l'Académie.

Sur la proposition de M. A. Guérin, la Commission permanente d'hygiène se réunit dans les bureaux à l'effet d'examiner les conclusions de M. Brouardel.

Au bout d'une demi-heure elle rentre en séance pour soumettre à l'examen de l'Académie les propositions suivantes :

1° « Les quarantaines terrestres, quelle que soit la forme sur laquelle elles sont établies, sont impraticables. »

M. Colin. Le moyen de se garantir du choléra est certainement la quarantaine. N'y a-t-il pas possibilité de l'employer sur terre dans bien des cas et dans une certaine mesure?

M. Brouardel. De nombreuses tentatives ont été faites, et jamais elles n'ont réussi. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire le rapport d'un des membres de cette Académie, M. Glénard, qui a passé deux années en Prusse, et qui a constaté que les cordons sanitaires étaient toujours franchis, et devenaient ainsi des foyers d'infection.

M. Tarnier. Le mot impraticable me paraît un peu fort. Ne vaudrait-il pas mieux employer une autre expression ?

Aux voix ! aux voix !

La première proposition est votée à l'unanimité, moins une voix.

2° « Les pratiques de désinfection imposées aux voyageurs et à leurs bagages dans les gares de chemin de fer, sont inefficaces. »

M. Hardy. Ce n'est pas assez fort ; elles sont ridicules et vexatoires.

L'Académie décide que le mot inefficace sera suivi des mots : « et illusoires ».

3° « Il y a lieu d'établir sur les grandes lignes de chemin de fer, dans les gares, des postes de surveillance où pourront être soignés les malades atteints du choléra. » (Adopté.)

4° « Les mesures de préservation les plus efficaces sont celles qui sont prises pour soi-même.

« Le devoir des municipalités est de veiller à l'isolement des

malades, à la désinfection des linges et des chambres, en un mot, à l'exécution rigoureuse de toutes les mesures de salubrité qui seront jugées nécessaires.»

M. Hardy. Il est parlé d'isolement. Or, je lis dans les instructions du Comité consultatif qu'un malade atteint de choléra dans un hôtel, devra être immédiatement transporté, soit dans un hôpital spécial, soit dans une maison de santé. Cette mesure est très dure. Son exécution est-elle possible ?

M. Dujardin-Beaumetz. Il n'y a que les garnis qui soient dangereux.

M. Hardy. M. Dujardin-Beaumetz est un radical.... Je ne parle qu'au point de vue de la médecine et de la science... Or, voici ce qui va se passer... Si le cholérique est un pauvre diable, vite à l'hôpital... Si c'est un nabab, un prince, il mourra dans son lit.

Malgré ces observations, la 4e proposition est votée à l'unanimité.

Election. — Pendant qu'étaient attendus les résultats de la délibération de la Commission d'hygiène, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique.

M. Cornil est élu membre de l'Académie de médecine.

Les eaux malsaines pendant une épidémie de choléra. — M. Léon Colin lit un travail qui a surtout pour objet de démontrer que la propagation de cette maladie au moyen de l'eau souillée de matières cholériques est loin d'être démontrée. Cette opinion est même inconciliable avec les faits observés à bord des navires et dans les villages où arrive un premier cholérique.

En outre, l'épidémie est loin, comme on l'a prétendu, de suivre toujours les cours d'eau.

Cela ne veut pas dire qu'il n'y ait pas danger à boire des eaux contaminées par des déjections cholériques ; mais cette cause ne paraît jouer qu'un rôle secondaire. Il n'en faut pas moins réclamer avec énergie une eau pure, absolument comme si on croyait à la spécificité d'action de ce liquide.

A 5 heures 1/4, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Rochard sur les candidats au titre de correspondant étranger.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er mai 1884. — **Présidence de M. Bouloumié.**

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Gillet de Grandmont, secrétaire général, procède au dépouillement de la correspondance imprimée, qui contient les publications périodiques ordinaires.

M. Campardon demande une rectification au procès-verbal d'une des précédentes séances. Je trouve, dit-il, dans le procès-verbal de la séance du 21 février, que M. Roussel a prononcé ces paroles : « Dès 1859, le professeur Laugier, alors occupé de la saignée des os, m'avait demandé d'appliquer à cette opération, ainsi qu'à celle de la ponction des abcès profonds, les organes de mon instrument de transfusion... » Je n'ai jamais entendu M. Laugier dire qu'il eût un collaborateur dans l'invention de cet instrument. La notice des titres scientifiques du professeur Laugier, lors de sa première candidature à l'Institut ; de plus, le catalogue de Mathieu pour l'année 1854, mentionnent l'appareil pour la saignée des os au moyen du perforateur à ventouses. Ces dates suffiront, je pense, sans que j'aie besoin d'entrer dans d'autres détails.

M. Guillon lit son rapport sur la candidature de M. le Dr Bourgeois au titre de membre associé. Sur les conclusions favorables de ce rapport, M. Bourgeois est nommé membre associé.

M. Limousin présente un échantillon d'écorce de *discidia erythrina*, plante qui a été préconisée en Amérique comme sédative et soporifique.

(Le travail de M. Limousin sera publié.)

M. Delthil présente les deux enfants trachéotomisés et saignés par lui suivant le procédé qu'il a exposé, et dont il a précédemment entretenu la Société. En même temps, il donne communication d'une nouvelle observation de diphthérie grave, chez une personne déjà âgée, parente d'un de nos plus [di]stingués confrères, traitée avec succès par les fumiga[ti]ons.

M. Larrivé fait observer que M. Delthil a dans presque [tou]s les cas été obligé de faire la trachéotomie, et, dans la der-

nière observation, malgré des inhalations antérieures prolongées pendant une heure et demie. De plus, M. Delthil a dit que les fausses membranes se produisaient quand même dans le pharynx et la portion supérieure du larynx, parce que, à cet endroit, il n'existe pas de tirage.

Il serait facile de remédier à cet inconvénient en se servant d'une canule percée d'un orifice à sa convexité supérieure, faisant directement communiquer la trachée avec la portion supérieure du larynx.

M. Duchesne demande si des expériences pourraient être entreprises à ce sujet sur des poules diphthéritiques.

M. Weber a employé ce procédé dans une ferme où trois poules étaient atteintes de diphthérie. Il a allumé, dans le poulailler, le mélange préconisé par M. Delthil. Les trois poules précédemment malades sont mortes, mais aucun autre sujet n'a été frappé.

M. Campardon donne lecture d'un travail intitulé : *Du Diabète* (sera publié).

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire annuel,
Dr Larrivé.

Séance du 15 *mai* 1884. — Présidence de M. Bouloumié.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Gillet de Grandmont, secrétaire général, procède au dépouillement de la correspondance qui comprend :

Une lettre de M. le Dr Marius Odin, de St-Honoré-les-Bains, se portant candidat au titre de membre correspondant. (Commission : MM. Guillon, — Duchesne, rapporteur.)

Un mémoire de M. le Dr Gourdes adressant sa double démission de secrétaire et de membre de la Société ;

Un mémoire de M. le Dr Castorani sur la *guérison du décollement de la rétine* ;

Le discours prononcé par M. Fallières, ministre de l'Instruction publique, à la réunion des Sociétés Savantes à la Sorbonne ;

Un travail de M. le Dr Laissus sur les eaux thermales de Salins-Moutiers (Savoie) ;

Un travail de M. Grellety : « De l'hygiène et du régime des malades à Vichy » ;

Par l'intermédiaire du ministère de l'Intruction publique, le *Journal de Médecine de l'Ouest* ;

Les publications périodiques ordinaires.

M. Bouloumié présente, de la part de M. le Dr Debout d'Estrées, un travail intitulé : *Seize années de pratique médicale à Contrexéville*. M. Bouloumié, après un hommage rendu à l'auteur de la brochure, demande à faire des réserves au sujet de l'application de ces eaux dans certaines affections vésicales, et rappelle que, le premier, dans une communication faite à la Société, le 4 mai 1876, il a combattu l'emploi des eaux de Vittel et de Contrexéville comme un moyen de diagnostic de la pierre.

M. Bouloumié présente également de la part de M. le Dr Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de Lyon, un schéma du développement du produit de la conception et de ses annexes et un calendrier de la grossesse, le tout imprimé sur un feuillet de la grandeur d'une carte de visite, pouvant être facilement placé dans une trousse ou un portefeuille et d'une utilité certaine pour les praticiens.

M. Bourgeois remercie la Société de Médecine pratique d'avoir bien voulu l'admettre au nombre de ses membres et lui fait hommage d'un travail qu'il vient de publier *sur la vaccination par injection sous-épidermique*.

L'injection doit être sous-épidermique, c'est-à-dire impressionner le corps muqueux de Malpighi, et non hypodermique.

Le but de ce procédé est d'inoculer, par un nombre minimum de piqûres (une au plus à chaque bras), la quantité maxima de vaccin que les procédés habituels (lancettes, aiguilles, scarificateurs) introduisent par plusieurs piqûres.

Ce procédé concilie donc les avantages que donne l'unipiqûre, au point de vue de l'opération elle-même, avec ceux que procure l'inoculation de la quantité maxima de vaccin ; de plus, il laisse dans l'esprit de l'opérateur la conviction intime qu'il a introduit réellement par une seule plaie, aussi petite que possible, toute la somme de vaccin nécessaire à l'immunité variolique.

L'instrument vaccinateur est une aiguille creuse, à laquelle s'adapte un réservoir propulseur et aspirateur. Ce réservoir n'est pas une poire en caoutchouc, dont le pouvoir aspirateur ne pourrait être réglé, et qui, par suite, occasionnerait une perte de vaccin ; c'est une petite boîte métallique, analogue à celle qui entre dans la composition des baromètres anéroïdes.

Cet instrument fonctionne de la façon suivante : presser sur les deux parois, puis relâcher les doigts pour produire l'aspiration dans la source vaccinifère où l'on plonge l'aiguille ; faire une ponction sous-épidermique (à 5 millimètres) du bras à vacciner en maintenant l'instrument verticalement (sens de la pesanteur) ; presser sur les deux parois, pour propulser le vaccin, et continuer la pression jusqu'à ce que l'aiguille ait été retirée.

M. Bourgeois offre à la Société un modèle de cet instrument.

Il n'a eu qu'à se louer de ce procédé. Son seul inconvénient est d'épuiser rapidement une pustule vaccinale. Il est facile d'y remédier au moyen de la récolte abondante que permet le vaccin animal.

M. Brochin lit son rapport au nom de la commission nommée pour examiner les propositions sur les modifications à apporter au règlement.

Les conclusions de ce rapport, favorables en principe à l'établissement des séances hebdomadaires, réservées sur la question de changement aux conditions d'admission, sont repoussées après quelques observations présentées par MM. Toledane, Weber et Bonnefin.

Un tour de faveur est accordé à M. Cazenave de Laroche, membre correspondant, pour la lecture d'un travail intitulé : *Gynécologie thermale de l'action thérapeutique de la source d'Orteig (Eaux-Bonnes), dans les maladies utérines* (sera publié).

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire annuel,

Dr Larrivé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ELYSÉE.

Séance du 9 *juin* 1884. — Présidence de M. NICAISE.

La séance est ouverte à 8 h. 30.

Après quelques rectifications de MM. Blondeau et Nicaise, le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. Le Pileur, qui, obligé de s'absenter de Paris, s'excuse et prie M. Guyon de le remplacer dans les fonctions de secrétaire général ; 2° une lettre de M. Rowlatt, qui quitte la France et donne sa démission. Quelques membres de la Société proposent de lui conférer le titre de membre correspondant ; M. le secrétaire général est prié d'en aviser M. Rowlatt.

M. HERMET fait une communication sur la surdité dans le tabes syphilitique.

De la surdité dans le tabes syphilitique. — Depuis quelques années j'étudie la surdité chez les tabétiques syphilitiques, et c'est le résultat de mes observations que je viens vous exposer.

La surdité des tabétiques a une marche spéciale. Je ne connais que la syphilis héréditaire et l'hystérie qui déterminent une surdité analogue, et encore est-il facile de faire un diagnostic différentiel dont je vous indiquerai dans un instant les éléments principaux.

On doit la considérer comme un accident de la période préataxique du tabes, en faisant néanmoins cette restriction qu'elle peut, dans quelques cas, débuter à la période d'état.

Deux particularités la caractérisent ; ce sont :

1° *L'absence totale de lésions de l'appareil transmetteur* (membrane du tampon, chaine des osselets, trompe d'Eustache).

2° *La rapidité de son évolution.*

Un malade entendant bien, devient en quelques mois complètement sourd, et sourd au point que les bruits extérieurs, même les plus intenses, ne peuvent être perçus.

Elle est caractérisée par une progression mathématique : Le malade sent sont acuité auditive diminuer tous les jours.

Aujourd'hui il entend moins qu'hier, et demain il entendra moins qu'aujourd'hui.

Les débuts sont foudroyants en quelque sorte : Tantôt le malade est pris brusquement, en pleine santé, sans qu'aucun symptôme prémonitoire se soit manifesté, d'un étourdissement, avec perte de connaissance; d'autres fois l'étourdissement s'accompagne de chute et de syncope, et lorsque le malade revient à lui, il constate qu'il entend moins.

Il va sans dire que les malades que j'ai observés étaient des ataxiques et des syphilitiques avérés.

Je passe, bien entendu, sous silence mes observations ; je compte les publier sous peu ; elles sont assez longues et je craindrais d'abuser de vos instants. Du reste, je peux vous les résumer en quelques mots :

La surdité a commencé (je ne vous cite que les chiffres extrêmes) chez l'un 2 ans, chez l'autre 20 ans après l'accident primitif. Le 1er avait été soigné par mon regretté maître, M. le professeur Lasègue pour une syphilis cérébrale précoce, compliquée de syphilis médullaire. Lorsque je pus les examiner, leur surdité variait depuis un affaiblissement notable de l'acuité auditive jusqu'à la cophose complète. Ils présentaient tous les signes pathognomoniques du tabes (abolition des réflexes rotuliens, troubles de la locomotion, douleurs fulgurantes, troubles urinaires, diminution de la puissance génitale.) J'ajouterai que je les ai observés tant dans ma pratique que dans le service de M. le professeur Fournier, à l'hôpital St-Louis. J'ai, de plus, recueilli une observation à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le Docteur Millard ; chez ce dernier, les troubles auriculaires ont mis sur la voie du diagnostic.

La surdité avait eu chez tous une marche rapide, parfois foudroyante ; aucun ne présentait sur l'appareil transmetteur des lésions suffisantes pour expliquer la surdité ; elle était toujours accompagnée de bourdonnements (orchestre, chants d'oiseaux, etc...) et de vertiges. Les trompes d'Eustache étaient libres.

Dans tous les cas sauf un, elle constituait un symptôme de période préataxique.

Je vous ai dit que l'hystérie et la syphilis héréditaire pouvaient provoquer une surdité à peu près analogue, mais que dans tous les cas le diagnostic différentiel était facile.

En effet, la surdité des hystériques qui, comme celle des tabétiques, survient brusquement, sans lésion apparente, ne se rencontre que chez les femmes ; et je n'ai pas encore observé une femme tabétique et sourde. En outre, la surdité chez les hystériques s'accompagne d'autres symptômes spéciaux, qui suffiraient seuls à mettre sur la voie (aphonie, attaques hystériformes, paralysies partielles, survenant brusquement, et disparaissant de même). Enfin, les troubles de l'ouïe disparaissent chez elles dans la plupart des cas sans aucun traitement, et aussi brusquement qu'ils sont survenus.

Du reste, l'enquête peut fournir des renseignements d'une certaine valeur.

La surdité des syphilitiques héréditaires dont je vous ai entretenus dans une de nos précédentes réunions, quoiqu'ayant une pathogénie à peu près identique, ne peut être confondue avec celles des tabétiques par la seule raison qu'elle survient entre 15 et 20 ans. Les commémoratifs, l'enquête auprès des parents pourraient à eux seuls au besoin fournir les éléments d'un diagnostic différentiel.

Je dois ajouter que chez ces deux catégories de malades, syphilitiques héréditaires et tabétiques, la *surdité est incurable.*

Je n'ai pu jusqu'ici, malgré tous mes efforts, en employant les agents thérapeutiques les plus variés, obtenir une guérison.

L'électricité à courants continus appliqués dans les deux oreilles est le seul traitement qui m'ait donné un résultat appréciable, en me permettant de diminuer, même de supprimer les bourdonnements. Cette remarque a bien son importance, car bien des malades se plaignent plus de leurs bourdonnements que de leur surdité. Il va sans dire que tous les malades étaient soumis à un traitement général énergique.

De ce qui précède, un fait se détache tout d'abord : c'est que la surdité n'est provoquée par aucune lésion de l'appareil transmetteur. Il faut donc rechercher plus loin la cause anatomopathologique.

Vous comprendrez combien, dans l'espèce, il est difficile d'élucider la question.

Certes, les tabétiques sont nombreux, mais une autopsie d'ataxique sourd n'est pas facile à trouver.

A-t-on affaire à une lésion centrale ? à une altération du nerf auditif ? Autant de points à éclaircir, et le champ est ouvert aux hypothèses.

Peut-être, en procédant par analogie, pourrait-on admettre une névrite du nerf auditif, puisqu'on a pu découvrir dans l'ataxie locomotrice une névrite de l'optique; mais c'est une hypothèse qui ne s'appuie sur aucune démonstration nécroptique.

Quelle que soit du reste la lésion anatomo-pathologique, on peut tirer de ce qui précède les déductions cliniques suivantes :

1° La surdité des tabétiques syphilitiques est due à une lésion profonde;

2° Elle a une évolution rapide ;

3° Elle peut être considérée comme un symptôme de la période préataxique;

4° Elle constitue un élément de diagnostic, et lorsqu'on observera chez un syphilitique une surdité survenue brusquement, sans lésion apparente, on devra rechercher s'il n'existe pas d'autres signes d'ataxie locomotrice.

M. Blondeau. — N'y a-t-il pas, dans ce que vient de nous dire M. Hermet, une variété de la maladie de Ménière ?

M. Hermet. — Il y a, en effet, une grande analogie : tous les malades qui ont une affection de l'oreille interne ont des vertiges ou des étourdissements.

M. Guyot demande à M. Hermet pourquoi, dans le titre de sa communication, il a adjoint le mot de syphilitique ? Celui-ci est-il donc différent du tabes ordinaire ? M. Vulpian ne différencie pas ces deux formes.

M. Hermet répond qu'en effet il n'y a pas deux maladies différentes. Les tabétiques syphilitiques ont cependant la syphilis en plus. J'ajoute que je n'ai fait mes observations de surdité que chez des malades atteints de tabes et de syphilis.

M. Sanné dépose sur le bureau de la Société l'article qu'il vient de faire dans le *Dictionnaire des Sciences médicales* et portant sur la diphthérie:

Messieurs,

J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société l'article DIPHTHÉRIE que je viens de faire paraître dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*. Ce travail est conçu d'après le même plan que le TRAITÉ DE LA DIPHTHÉRIE publié par moi, il y a quelques années. Il ne comprend toutefois que ce qui concerne la maladie envisagée d'une façon générale et laisse de côté ses localisations : angine diphthérique, croup, etc. Tout en étant inspirées par la même pensée, ces deux œuvres ne sont pas identiques. Depuis l'apparition de la première, certains documents se sont produits dans la science; j'ai dû les consigner dans la seconde.

Le courant qui entraîne actuellement la pathologie vers le parasitisme a conduit plusieurs observateurs à poursuivre le microbe de la diphthérie. Des recherches intéressantes ont été faites par plusieurs auteurs ; quelques-uns ont cru atteindre le but et ont décrit des organismes inférieurs qu'ils ont considérés comme l'élément essentiel de la maladie. Malheureusement les résultats obtenus de différents côtés ne concordent pas entre eux et nous laissent encore dans l'incertitude sur ce côté de la question.

La géographie médicale de la diphthérie était intéressante à étudier d'une manière particulière. Elle montre que le fléau atteint tous les pays, sous toutes les latitudes, et qu'il va sans cesse en s'aggravant, pour Paris notamment. J'ai montré dans des tableaux spéciaux embrassant de nombreuses années, comment cette progression s'est opérée tant dans les hôpitaux que dans les différents quartiers de Paris. J'ai dressé aussi des tables donnant, suivant les saisons, la mortalité comparée de la diphthérie et des principales maladies épidémiques à Paris et dans les grandes villes de l'ancien et du nouveau monde.

La question du traitement est toujours d'un haut intérêt lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi terrible; je lui ai consacré une large place.

Bien nombreux, trop nombreux même, sont les médicaments onseillés contre la diphthérie. Sous cette richesse apparente se he une réelle pauvreté, et si j'ai eu à signaler quelques méaments nouveaux, j'ai eu le regret de constater que tous, rès avoir fourni quelques séries de succès plus ou moins bril-

lants, étaient retombés dans l'oubli. Aux travailleurs de poursuivre ces recherches.

La Société adresse des remercîments à M. Sanné.

M. Billon demande à M. Sanné ce qu'il pense du traitement de la diphthérie préconisé et inventé par M. Delthil.

M. Sanné. — Ce traitement s'attaque à la fausse membrane, et son but est de la dissoudre. Mais les agents qui attaquent la fausse membrane sont nombreux, et depuis longtemps connus. Il n'y a donc rien de nouveau dans ce traitement. En outre, il a des inconvénients, il donne lieu à une atmosphère noire qui salit énormément. Il faut mentionner aussi la suffocation produite par les vapeurs, suffocation fort gênante pour les personnes qui entourent le malade. N'a-t-il pas été signalé aussi une éruption d'urticaire fort incommode pour le patient ? En somme, ce traitement, suivant moi, n'a pas encore donné de suffisantes preuves de spécificité, et est entouré de bien des inconvénients.

M. Labbé, à la Société de Thérapeutique, parlait récemment d'un produit, l'hydrate de terpilène, qui donnerait lieu à un dégagement d'ozone. Cette eau ozinante a sur les fausses membranes diphthéritiques une action semblable à celle de la térébenthine.

La propreté du traitement serait plus grande. En outre, l'oxygène revivifie le malade. Il y aurait donc action locale sur la membrane et une autre action générale revivifiante ; c'est ce qui pourrait engager à tenter ce traitement. J'ignore d'ailleurs s'il a été essayé et si l'on a eu des résultats ; mais je n'en parle que pour mémoire et comparativement au traitement de M. Delthil.

La séance est levée à 9 h. 15.

Le Secrétaire annuel,
Dr L. Chipier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN

Séance du 9 juin 1884. — Présidence de M. Jude Hue.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend, outre les journaux et publications périodiques ordinaires :

1° Une lettre de M. le Dr Guyenot (de Salins), remerciant la Société de son élection au titre de membre correspondant ;

2° Une lettre de M. le Dr Bourgeois, membre correspondant, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *De la vaccination par les injections sous-épidermiques.*

Cicatrice vicieuse du pli du coude gauche, avec flexion permanente de l'avant-bras. — Dissection de la bride combinée avec l'extension et l'emploi des greffes ; guérison en six mois, — par M. Petel.

J'ai l'honneur de vous présenter un enfant auquel j'ai fait une opération pour remédier à une flexion permanente de l'avant-bras, résultant d'une cicatrice vicieuse du pli du coude consécutive à une brûlure ancienne. Le résultat de cette opération est très bon, ainsi que vous pouvez le voir, puisque l'enfant a retrouvé, presque dans toute leur étendue, les mouvements d'extension du coude. Le peu de renseignements que j'ai trouvés sur cette question m'a fait hésiter longtemps à entreprendre une opération, si séduisante qu'elle fût. Je craignais, en effet, en raison de l'étendue de la cicatrice et du mauvais état de la peau voisine, de n'obtenir sinon aucun résultat, au moins qu'une très faible amélioration ; je ne me dissimulais pas qu'en raison de la rétractilité du tissu cicatriciel, l'opération entraînerait une vaste plaie qui pourrait n'être pas sans danger ; de plus, je craignais de voir ce tissu cicatriciel, si peu vivant, atteint partiellement de sphacèle, ce qui, peut-être, eût laissé comme résultat définitif un état moins bon qu'avant l'opération. Heureusement il n'en a rien été ; néanmoins j'ai pensé que cette observation aurait quelque intérêt à être publiée en raison de sa rareté et du peu de renseignements qui existent à ce sujet dans les ouvrages. En effet, si la plupart des auteurs décrivent bien les caractères, les propriétés et les inconvénients du tissu de cicatrice, le traitement à apporter aux infirmités 'il entraîne est laissé dans l'ombre. Quel procédé opératoire le meilleur ? Quels dangers fait-on courir à son malade, elles chances de succès si l'on intervient ? Telles sont les estions que j'avais cherché à résoudre. Deux auteurs, M.

Verneuil et Holmes, m'ont fourni des indications utiles. Dans le volume des cliniques de M. Verneuil, intitulé : *Chirurgie réparatrice*, p. 643, se trouve une leçon sur un cas de symphyse thoraco-brachiale consécutive à une brûlure étendue. Il s'agissait d'un repli cicatriciel fixant le bras au thorax. M. Verneuil recommande, dans ces cas, de pratiquer des incisions en V, d'employer, en un mot, pour ces cicatrices, un procédé analogue à celui qui est employé pour l'ectropion et désigné sous le nom de procédé de Wharton Jones.

Dans le traité de Holmes (*Mal. chir. des enfants*, p. 454) j'ai trouvé une remarque qui m'a été fort utile au point de vue opératoire, et qui est celle-ci : la bride cicatricielle est ordinairement formée aux dépens de l'aponévrose superficielle du membre, et si on l'incise on met à nu immédiatement les tissus situés sous cette aponévrose (tendons ; artère brachiale, s'il s'agit du pli du coude) ; j'ai pu apprécier pendant mon opération combien cette remarque est juste et combien elle est utile en prévenant celui qui opère de procéder par une dissection attentive.

Il serait peut-être un peu long de vous lire l'observation détaillée de mon malade ; ceux qui voudront bien la lire la trouveront à la fin de ces quelques réflexions destinées à bien mettre en relief les diverses phases du traitement et accidents qu'a présentés le malade.

Comme accidents, je n'ai eu à combattre que des accidents érysipélateux survenus quelques jours après l'opération, et qui, tout en restant localisés, s'accompagnèrent d'un état général assez grave.

Dans le but de diminuer l'étendue de la plaie, j'avais réuni les angles supérieurs et inférieurs. Je ne serais pas étonné que les accidents inflammatoires eussent été favorisés par ces sutures, car ils disparurent presque immédiatement lorsque les fils d'argent furent enlevés.

Je puis dire que l'incision de la bride n'a été que la première phase du traitement ; elle a été combinée avec l'extension progressive ; plus tard, la cicatrisation de la plaie fut aidée par de nombreuses greffes dermo-épidermiques (22 greffes).

Avant l'opération, l'avant-bras faisait un angle aigu sur le bras ; l'obstacle ne résidait que dans les parties molles ; l'articu-

lation était libre. L'opération permit l'extension jusqu'à l'angle droit. Le tissu cicatriciel était induré, les bords de l'incision restaient rigides et je ne crus pas tout d'abord que l'on pourrait obtenir davantage. Un mois plus tard la peau des bords de la plaie avait perdu sa dureté, elle était souple ; je fis alors faire une attelle en bois à angle obtus, et je fus agréablement surpris en voyant que l'avant-bras s'étendait assez vite. Deux mois plus tard je fis faire une 3me attelle presque rectiligne, et l'extension de l'avant-bras put ainsi être presque complète.

La cicatrisation de cette vaste plaie fut très lente : l'opération avait eu lieu le 14 septembre 1883; la plaie ne fut complètement cicatrisée que le 13 mars 1884, c'est-à-dire six mois plus tard.

Les greffes que je plaçai prirent presque toutes lorsque le lambeau était taillé dans de bonnes conditions, c'est-à-dire bien dépourvu de graisse ; il m'a semblé que le pansement phéniqué était trop irritant et moins favorable à la réussite de la greffe qu'une simple bandelette de diachylon ; de plus, j'ai remarqué que la plupart des greffes, sinon toutes, quoique placées au centre de la plaie, allaient se fixer sur ses bords, et qu'il était plus avantageux de les placer immédiatement sur les bords de la plaie.

Pendant les 15 jours qui suivirent la cicatrisation, le bras fut maintenu dans l'extension au moyen d'une attelle rectiligne, Depuis deux mois environ que l'extension est supprimée, il ne semble pas que la rétractilité du tissu cicatriciel tende à reproduire la difformité.

En présence de ces difformités consécutives à des brûlures anciennes, on se demande involontairement s'il n'aurait pas été possible de prévenir cette rétraction en immobilisant le membre supérieur pendant la période de cicatrisation. Depuis que je suis chargé d'un service d'enfants, où les cas de brûlures superficielles et étendues sont fréquentes, je comprends mieux l'imposibilité où l'on est de faire un traitement préventif des difformités. Les brûlures superficielles et un peu étendues plongent les tout jeunes enfants surtout dans un état de souffrance et de faiblesse tel qu'il ne vient même pas à l'esprit de leur im-ser une nouvelle torture par l'application d'un appareil quel-que ; toute attelle, en effet, doit prendre des points d'appui ; -ment songer, par exemple, à appliquer une attelle externe

quand toute la circonférence du membre est à l'état de plaie, ou quand la cicatrice est si faible qu'elle s'ulcère par la plus légère pression. Ces réserves faites, je ne nie pas cependant qu'il soit possible d'agir utilement lorsque les brûlures sont localisées.

Voici en détail l'observation de mon petit malade :

OBSERVATION.

Henri Q....., âgé de 8 ans, présente au pli du coude gauche une bride cicatricielle qui soude l'avant-bras au bras dans les 2/3 de leur hauteur. Cette bride serait le résultat d'une brûlure par l'eau chaude remontant à plusieurs années ; l'enfant, qui est presque abandonné par ses parents, n'a pas gardé le souvenir de cette brûlure et ne peut en préciser l'époque. Toujours est-il que cette brûlure a été assez étendue : outre la bride cicatricielle du pli du coude, il existe des cicatrices blanches, déprimées, sans induration, disséminées sur toutes les faces du membre supérieur gauche, sur l'épaule et le thorax du côté correspondant. La cicatrice qui unit l'avant-bras au bras dans un degré de flexion complète, est formée par une membrane cicatricielle indurée, constituée par deux épaisseurs de peau : il ne semble pas qu'il y ait aucun tissu interposé. Cette membrane a la forme d'un triangle à base regardant en haut ; à sommet répondant au pli du coude et dont les côtés adhèrent à l'avant-bras et au bras.

Lorsque l'on examine l'enfant habillé, son infirmité paraît moins prononcée ; en effet l'enfant porte le coude fortement en arrière et par ce mouvement arrive à mettre l'avant-bras dans une position horizontale qui lui permet de se servir de sa main; mais si, après avoir déshabillé l'enfant, on lui met le bras parallèlement au thorax, la main se trouve dirigée directement en haut, et dans cette position ne peut rendre aucun service.

La main et tout le membre supérieur gauche sont moins développés que le membre supérieur droit.

Il n'existe aucune roideur articulaire : le mouvement du coude, quoique très limité, existe ; il est indolore et il ne semble y avoir d'autre obstacle à l'extension que celui qui résulte de la bride cicatricielle. Etat général bon.

10 *septembre* 1883.—Opération : elle fut assez longue, d'abord à cause de la lenteur obligatoire d'une pareille dissection et ensuite parce que le chloroforme fut mal supporté, l'enfant étant souvent tourmenté par des efforts de vomissement. Une incision en forme de V, à sommet dirigé vers l'aisselle, fut faite sur le bras en suivant le bord de la membrane cicatricielle adhérant au bras, d'après un procédé analogue à celui de Wharton Jones pour l'ectropion. L'incision est faite lentement, couche par couche, de manière à éviter les vaisseaux ou nerfs importants dans le cas où la cicatrice adhérerait aux tissus profonds. Le bistouri rencontre de place en place des tractus d'un blanc nacré, comme ligamenteux, inextensibles ; chaque fois que

l'on coupe une de ces brides, on sent que l'avant-bras cède et gagne en extension.

En procédant ainsi, j'arrive à placer l'avant-bras à angle droit : la rétraction cicatricielle est telle que les bords de l'incision s'écartent énormément et la plaie qui en résulte a la forme d'un losange dont le centre répond au pli du coude et qui occupe les parties antérieures de l'avant-bras et du bras — immédiatement au-dessus du pli du coude, les muscles, biceps, long supinateur, sont dénudés — le fond de la plaie à l'avant-bras montre les muscles protégés par l'aponévrose.

L'artère humérale n'est pas vue. — La dissection a entraîné la section des veines du pli du coude qui sont petites, comme atrophiées. — La perte de sang résultant de l'opération est presque nulle. — Pansement : deux points de suture sont placés aux angles supérieurs et inférieurs de cette vaste plaie qui se prêtent mal au rapprochement ; pansement de Lister ; immobilisation avec attelle externe coudée à angle droit.

14 *septembre*. — Fièvre + 39.4 ; plaie grisâtre, recouverte d'un exsudat analogue aux pseudo-membranes de la diphthérie. Pansement au jus de citron ; sulfate de quinine 0.50 centig. ; vin de Malaga.

15. — Les sutures placées aux angles de la plaie sont enlevées,

20. — La plaie est détergée, granuleuse ; apyrexie.

28. — Pansement au diachylon, dans le but de rapprocher les bords de la plaie.

10 *octobre*. — Vomissement ; fièvre ; la plaie est grise par places ; érysipèle. Pansement phéniqué ; sulfate de quinine 0.50 centigr.

13. — L'érysipèle a disparu.

20. — Chloroforme. Six greffes dermo-épidermiques, prises à la cuisse, sont placées sur la plaie ; elles sont fixées avec des bandelettes gommées. Pansement phéniqué.

22. — L'extension de l'avant-bras fait des progrès. Emploi d'une attelle à angle obtus.

29 *octobre* — 12 *novembre* — 7 *décembre*. — Application de nouvelles greffes, fixées avec des bandelettes de diachylon (22 greffes ont été placées ainsi successivement ; elles ont pris presque toutes).

La cicatrication fait des progrès très rapides.

17 *janvier* 1884. — L'extension de l'avant-bras sur le bras devient chaque jour plus complète ; l'attelle à angle obtus est remplacée par une attelle presque rectiligne.

13 *mars*. — Cicatrisation complète. — La cicatrice sèche, rude, est recouverte d'un pansement à la glycérine, et le bras immobilisé dans l'extension complète avec une attelle rectiligne.

mars. — On supprime l'attelle pour laisser à l'enfant la liberté de ses mouvements ; le bras est seulement protégé par un pansement à la glycérine.

7 *juin* 1884.— La guérison persiste. — La cicatrice ne s'ulcère pas ; rien n'indique une tendance à la rétraction.

Les cicatrices situées aux points où les greffes ont été prises sont légèrement saillantes, dures et présentent une tendance à l'hypertrophie.

DISCUSSION

M. Hélot rappelle le procédé de l'éponge, préconisé pour obtenir une cicatrisation plus rapide : étendre sur la surface granuleuse des tranches très minces d'éponge, qui semblent diriger la formation de traînées épidermiques.

M. Jude Hue pense qu'il est commode pour les greffes d'employer des ciseaux spéciaux inventés par Reverdin.

M. Ollivier. — Au début, Reverdin employait seulement la lancette, et prenait de petites portions peu épaisses de peau, qui sont très suffisantes. Il a fait de même pour sa part, et avec succès, sur une homme atteint de pourriture d'hôpital en 1870, et dont la cicatrice se rouvrait constamment.

Ce procédé valait peut-être mieux, pour éviter que des cicatrices considérables se forment là où l'on prend de la peau.

M. Petel.—Au point de vue de la formation ultérieure d'une cicatrice hypertrophique, d'une kéloïde au niveau des greffes, peu importe que le derme soit intéressé en totalité ou partiellement.

M. Hélot a toujours pris des greffes superficielles qui lui ont paru très suffisantes, et n'a pas observé de kéloïdes consécutives. Quant aux ciseaux dont parle M. Jude Hue, ils sont décrits, mais bien peu employés sans doute.

M. Jude Hue pense que l'échec des sutures faites par M. Petel, et l'irritation qu'elles ont pu produire, tiennent sans doute à ce qu'elles ont été trop espacées. Il importe de répartir la tension sur un grand nombre de points : c'est là un des éléments de succès de la méthode américaine.

Élection. — M. le Dr Louis Boucher fils est élu membre titulaire de la Société.

Le Secrétaire,
A. Lerné.

Le Gérant : Dr A. Lutaud.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

4e Année. — T. VII. N° 4 26 Juillet 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

TOUJOURS LE CHOLÉRA. — L'ACADÉMIE. — LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Dans sa dernière séance, l'Académie a entendu deux importantes communications de ses vétérans.

La première émane de M. Fauvel qui, tout en ayant abandonné la lutte à la suite des remontrances peu courtoises des pastoristes, n'a pas cependant abandonné la discussion. De sa retraite, le vénérable épidémiologiste persiste à affirmer que les épidémies de Toulon et de Marseille, nées sur place, s'éteindront sur place, sans se propager ni en France ni dans le reste de l'Europe. Nous avouons que cette déclaration a paru très

FEUILLETON

MÉDECINE PUBLIQUE

La Commission d'hygiène du VIIIe arrondissement vient de prendre une initiative qui mérite d'être signalée. Dans le but de vulgariser les préceptes qu'enseigne l'hygiène publique relativement aux précautions à prendre pour éviter la propagation des maladies infectieuses et transmissibles, elle a rédigé une instruction suffisamment détaillée et pourtant capable d'être comprise par le public en général, exposant les règles à suivre pour combattre la contagion.

Elle se propose de la répandre, dans l'arrondissement, par tous les moyens qu'elle a à sa disposition, et il est permis de compter sur les bons résultats d'une pareille innovation. Nous émettons le vœu que cet exemple soit suivi par toutes les circonscriptions de Paris.

W. Douglas Hogg.

I

Les maladies infectieuses et transmissibles ne naissent pas spontanément. Elles sont engen-[...]es par des *germes* provenant [...]dividus antérieurement atteints. [...]eur transmission est donc évi-[...]le à la condition de mettre en [...]tique certaines mesures sani-[...]es.

[...]lles-ci, fort simples, consis-[...] essentiellement dans l'emploi de substances chimiques possédant la propriété de neutraliser les germes contagieux, ainsi que dans l'observation des règles de l'hygiène.

En négligeant ces précautions on expose autrui aux risques de la contagion et de la mort et l'on commet ainsi une mauvaise action.

C'est une question d'honnêteté et de solidarité.

—

hardie, étant données les apparences qui semblent contredire les affirmations du savant médecin ; mais nous désirons vivement que les circonstances lui donnent raison.

La seconde est du doyen, M. Jules Guérin, qui, fidèle aux doctrines qu'il a toujours soutenues depuis et avant même l'explosion de l'épidémie de 1832, a, dans un discours écouté avec une certaine attention par l'Académie et surtout par le public qui assistait à la séance, soutenu que l'épidémie actuelle n'avait pas été importée, mais qu'elle était, comme toutes les autres épidémies de choléra, le produit spontané de modifications atmosphériques particulières combinées avec des modifications organiques spéciales ; ces conditions développées à la fois toujours spontanément sur un nombre de foyers isolés iront en se généralisant et il en résultera une épidémie qui s'étendra, la contagion, phénomène d'ailleurs secondaire, aidant, à l'Europe entière.

Ainsi, pour M. Jules Guérin, comme pour M. Fauvel, le choléra de Toulon et de Marseille n'ont pas été importés ; mais tandis que, d'après M. Fauvel, l'épidémie actuelle, née de causes purement locales, est destinée à s'éteindre sur place sans se

---

Règles à suivre pour l'assainissement de la chambre d'un malade, pendant la maladie.

1° Enlever de la chambre tous les objets d'une imprégnation facile qui ne sont pas d'une absolue nécessité, afin de ne pas avoir à les désinfecter ou à les détruire plus tard (rideaux, portières, tapis, meubles couverts en étoffe et rembourrés, etc.).

2° Ne laisser pénétrer auprès du malade que les personnes dont la visite est strictement indispensable.

3° Le linge de corps et de literie sali par le malade, le linge et les objets de pansement doivent être plongés immédiatement dans un bassin laissé en permanence dans la pièce, ou ses dépendances, et contenant une des solutions désinfectantes suivantes :

A. Chlorure de zinc...... 10 gr.
Eau..................... 1 lit.

(La solution de chlorure de zinc étant un poison, n'ayant ni couleur ni odeur, et ressemblant à de l'eau ordinaire, il est bon d'y ajouter quelques grammes d'acide phénique pour lui donner une odeur qui permettra de la reconnaître et d'éviter ainsi toute confusion).

B. Acide phénique..... 20 gr. (1)
Eau............... 1 lit.

Après quelques heures d'immersion, exprimer le linge et envoyer directement à la lessive.

4° Les déjections des malades doivent être reçues dans des vases contenant *par avance* une certaine quantité de liquide désinfectant :

Chlorure de zinc....... 30 gr.
Eau................... 1 lit.

La solution sera également employée à laver largement les cabinets d'aisances toutes les fois que des déjections y auront été portées.

(Ces recommandations doivent être particulièrement observées dans la fièvre typhoïde et le choléra.)

5° Il est avantageux d'entretenir en permanence un feu vif pour activer le renouvellement de l'air et empêcher la diffusion des miasmes au dehors : la ventilation doit être largement pratiquée, tout en évitant les courants d'air.

(1) L'acide phénique est, contrairement à l'opinion générale, un désinfectant *faible* : il n'agit efficacement qu'en solution très concentrée.

propager, d'après M. Jules Guérin, au contraire, cette même épidémie, produit de causes générales, est destinée à se propager et à s'étendre.

On le voit, les affirmations de nos vénérables pères conscrits sont contradictoires,mais elles s'accordent sur plusieurs points, à savoir, que l'épidémie est née sur place, que les mesures quarantenaires sont inutiles et que la terreur organisée par les pastoristes n'est pas justifiée. Nous inclinons à penser que l'autorité des médecins et des cliniciens, ayant comme MM. Fauvel et J. Guérin une longue expérience des épidémies cholériques, peut contrebalancer avec avantage les assertions purement théoriques des chimistes de l'école normale.

De l'Académie le choléra a gagné la Chambre des Députés,ce qui semblerait prouver qu'il est à la fois épidémique et contagieux. Voici ce que dit notre confrère de l'*Union* sur les démarches de nos législateurs :

La Commission d'examen de la proposition de M. Bert s'est réunie lundi pour la première fois et, suivant l'usage, a entendu l'opinion de chacun de ses membres, c'est-à-dire le résumé des observations qui ont été faites dans les bureaux.

6° Il faut enlever chaque jour les poussières du sol, en y projetant, avant le balayage, de la sciure de bois humectée de la solution désinfectante. Ces produits seront brûlés dans le foyer de la chambre.

En cas de décès.

Le cadavre doit être lavé avec une solution de chlorure de zinc et enveloppé dans un drap humecté avec le même liquide.

Chlorure de zinc....... 50 gr.
Eau................... 1 lit.

Le corps sera recouvert de sciure de bois fortement phéniquée, et le cercueil, hermétiquement fermé, devra rester dans la chambre où s'est terminée la maladie, jusqu'au moment de la levée du corps.

Enfin, les vêtements, la chambre et tous les objets contaminés seront désinfectés comme il est dit ci-après.

R[illegible]les à suivre pour l'assainissement de la chambre d'un malade après la maladie.

[illegible]ns tous les cas, après la guérison ou une terminaison malheureuse de la maladie, on devra désinfecter la chambre en y brûlant du soufre.

Pour cela, on commencera par boucher toutes les ouvertures et par suspendre les vêtements, couvertures et tous les effets de lainage ayant appartenu au malade dans la pièce même. Ces dispositions prises, on placera dans des terrines au-dessus d'un bassin d'eau ou sur une épaisse couche de sable mouillé, une quantité de soufre calculée d'après le cubage de la chambre (soit 20 grammes de soufre par mètre cube). Le soufre sera enflammé à l'aide d'alcool versé sur les morceaux. A la rigueur, on pourra se contenter, pour une chambre de moyenne dimension (45 à 50 mètres cubes), de brûler, dans le fond d'une terrine 500 grammes de mèche soufrée. Le local restera fermé pendant 24 heures : après quoi les objets de literie et les vêtements qui s'y trouveront seront nettoyés avec le plus grand soin.

La chambre sera elle-même lavée à l'eau phéniquée, et laissée inoccupée pendant 8 jours au moins, les fenêtres étant tenues pendant

Tous les membres, comme nous l'avons dit déjà, sont hostiles au projet ; les uns, avec MM. Ganne et Carret, déclarent que ce n'est pas par des affirmations sans preuves qu'on peut légitimer scientifiquement une telle législation. Il demandent donc, avant d'entrer dans toute discussion, la production d'arguments scientifiques, de faits positifs et d'observations médicales favorables aux idées de M. Bert. Celui-ci ne les a pas donnés.

D'autres, avec MM. Labrousse, Gomot, Rameau, Remoiville et Blancsubé, déclarent l'impossibilité d'appliquer une telle législation, de livrer les pays contaminés à l'arbitraire des futurs délégués, sans profit pour la santé publique, puisqu'une telle réglementation est impraticable dans les campagnes. De plus, ils reprochent à cette proposition de provoquer un affolement plus grand encore dans les populations. En d'autres termes, c'est dire qu'elles peuvent satisfaire la vanité d'individus ambitieux de mettre toujours leurs noms sur les lèvres du public, mais non servir les intérêts de la santé publique ; puisque ne devant ni ne pouvant aboutir, elles ont pour tout résultat de semer la frayeur. Enfin, M. Blancsubé, qui revient des

---

ce temps constamment ouvertes, jour et nuit.

Des précautions doivent être prises en entrant dans les lieux soumis à des fumigations, afin de ne pas inspirer les gaz dangereux (acide sulfureux) ; n'y pénétrer qu'après avoir laissé l'air y circuler librement pendant un certain temps.

—

Prescriptions particulières aux maladies éruptives (variole, rougeole, scarlatine).

1° Dans le cas de *variole*, les habitants d'une maison contaminée et, autant que possible, même les habitants voisins, sont invités à se faire vacciner ou revacciner.

2° Dans les fièvres éruptives, les précautions indiquées plus haut pour le balayage devront être scrupuleusement suivies : éviter les poussières, et particulièrement les pellicules provenant de la desquamation épidermique : ne jamais secouer au dehors les tapis, couvertures ou vêtements avant qu'ils n'aient été désinfectés.

—

Prescriptions particulières à la Diphthérie.

1° Les personnes qui soignent le malade éviteront de l'embrasser, de respirer son haleine, et de se tenir exactement en face de sa bouche pendant les quintes de toux.

Si ces personnes ont des crevasses ou de petites plaies soit aux mains, soit au visage, elles auront soin de les recouvrir de collodion.

Elles se nourriront bien et devront sortir plusieurs fois dans la journée au grand air. Elles prendront la précaution de se laver préalablement le visage et les mains avec de l'eau renfermant, par litre, 10 grammes d'acide borique ou 1 gramme d'acide thymique.

Enfin, elles éviteront de séjourner nuit et jour dans la chambre du malade.

2° Les matières rendues à la suite de quintes de toux ou de vomissements seront désinfectées à l'aide d'une solution contenant, par litre d'eau, 50 grammes de chlorure de zinc ou de sulfate de cuivre.

Les linges, vêtements, etc., souillés par le malade, seront immédiatement lavés avec une de ces solutions, puis plongés dans l'eau

villes infectées et qui, par un long séjour en Cochinchine, a été témoin de nombreuses épidémies, n'a pas craint de séjourner à Marseille avec sa famille. Il s'élève avec force contre l'affolement des esprits dont un tel projet est l'indice.

Le commissaire du cinquième bureau, M. Bacquias, a formulé des raisons plus décisives encore. Le projet, a-t-il dit, est *vexatoire* pour les familles, *attentatoire* à la dignité et à la liberté professionnelle du médecin traitant, enfin *dangereux*. Ces fameux délégués préfectoraux seront un peu comme les inspecteurs des trichines, fonctionnaires très chers au député de l'Yonne, plus chers encore au budget national, ils ne pourront exiger des familles ce que les médecins obtiennent par la persuasion et l'autorité morale.

D'autre part, il est superflu et dangereux de relever ces derniers du secret professionnel. Jamais ils n'ont refusé de faire les déclarations nécessaires en temps d'épidémie, et j'ajouterai même que les mesures sanitaires qui sont prises dans les familles le sont toujours sur leur initiative plutôt que d'après celle de l'admintstration.

Restent les mesures qu'on dit nouvelles et dont on de-

---

maintenue bouillante pendant une heure ou deux.

Les cuillers, tasses, verres, etc., ayant servi au malade, devront, aussitôt après, être plongés dans l'eau bouillante.

—

Durée de l'isolement.

L'isolement d'un malade qui aura été atteint d'une maladie infectieuse ne cessera que lorsque le convalescent aura été baigné.

La durée de l'isolement devra être de *40 jours* pour la variole, la rougeole, la scarlatine et la diphthérie; de 25 jours pour la varicelle et les oreillons.

S'il s'agit d'un enfant, il ne pourra être renvoyé à l'école avant ce laps de temps et sans l'autorisation du médecin scolaire.

Dans tous les cas de maladies quelconques accompagnées d'une grande suppuration ou d'expectoration abondante, il ne serait pas inutile de prendre aussi des mesures sérieuses de désinfection.

—

Désinfection gratuite.

Quoiqu'il vaille mieux toujours procéder soi-même à la désinfection des locaux contaminés, opération d'ailleurs peu dispendieuse, on peut cependant, si cela est nécessaire, s'adresser au commissaire de police de son quartier pour obtenir la *désinfection gratuite*.

—

Transport des malades.

Pour le transport d'un malade atteint d'une affection infectieuse à l'hôpital, on emploiera exclusivement une des voitures spéciales mises par l'administration à la disposition du public.

Adresser la demande à MM. les commissaires de police avec un certificat médical constatant la nature de la maladie.

Après le départ du malade, les pièces dans lesquelles il a séjourné ne fût-ce que quelques heures, seront désinfectées comme il a été dit plus haut.

Nota. — Les habitants sont instamment priés de notifier à M. le Maire, président de la commission d'hygiène, ou à un des membres de cette commission, toute réclamation ou indication relatives à des locaux occupés par des malades atteints d'affections contagieuses et transmissibles et à tous locaux dont la salubrité leur paraît douteuse.

mande la légalisation par les Chambres. Il faudrait prouver leur nouveauté, leur raison d'être et leur utilité. C'est aux pouvoirs publics de déclarer s'ils sont armés suffisamment avec la législation sanitaire actuelle. Dans l'affirmative, qu'ils fassent exécuter la réglementation. Au cas contraire, il sera temps de légiférer.

M. Bacquias a parlé en médecin d'expérience, qui tient compte de toutes les difficultés morales et sociales de la pratique. Ses opinions sont celles qui ont été exprimées à cette même place. Enfin, un dernier orateur, M. J. Roche n'a pas été moins sévère pour le projet en délibération ; il refuse de l'examiner en détail et croit plus utile, avec tout le monde d'ailleurs, de demander la centralisation de tous les services d'hygiène dans un même ministère.

Après un tel débat, et devant une telle opposition, M. P. Bert, qui n'aime pas les échecs, aurait bien pu retirer son projet.

C'eût été œuvre de prudence, mais c'eût été aussi une défaite. M. Bert a donc pris la parole, non pas tant pour défendre *unguibus et rostro* les considérants de son projet que pour en adoucir les rigueurs, déclarer qu'il était bon prince, puisque autrefois la peine de mort était la sanction des infractions à la loi des quarantaines, et mettre en accusation le corps médical qui, dans les épidémies, aurait refusé le plus souvent les renseignements demandés par l'administration. Enfin, il veut, par un argument d'analogie, faire adopter les règlements danois, helléniques et autres sur les épidémies ; seulement il faudrait savoir si, dans ces pays, ils sont appliqués, et si à Athènes, par exemple, comme le veut le règlement, on place à la porte de chaque cholérique un fonctionnaire, l'arme au bras, chargé d'éloigner ou d'avertir les passants !

Mardi, la commission s'est réunie de nouveau. Elle refuse avec raison d'ouvrir le budget à de nouveaux fonctionnaires, car l'économie de cette législation consiste avant tout à créer des fonctions rétribuées, et demande aux ministres de faire usage des lois actuelles. De plus, elle est saisie du projet de M. Liouville, projet qui a pour objet de créer une Direction de la santé publique, réunissant tous les services d'hygiène et d'assistance publique et les rattachant à un ministère.

REVUE PROFESSIONNELLE

LE CHOLÉRA A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Nous empruntons à l'*Union médicale* un article contenant

des réflexions un peu sévères, mais qui ne manquent pas de justesse :

« C'est à la séance de jeudi dernier que le mal indien envahissait le palais Bourdon. Il s'installait à la tribune dans la personne de M. Bert, et s'affirmait par une proposition de loi sur les *mesures à prendre pour empêcher la propagation du choléra*.

Etait-ce une surprise ? Non, à coup sûr, après les articles du *Voltaire* et les lettres au *Tagblatt*, journal viennois devenu pour l'instant le confident du professeur de physiologie de la Sorbonne. Par contre, c'était une diversion pour les députés jusque-là tout au sucre et dans la betterave. Ils votèrent donc au pied levé l'urgence de ce projet cholérifuge.

Quelle en est donc l'économie ? L'article 1er est spécial au médecin, lui impose l'obligation de dénoncer aux autorités « tout cas de choléra qu'il est appelé à soigner ». C'est la *suspension du secret médical*, mesure que rien ne légitime puisque le corps médical s'est toujours fait un point d'honneur de se dévouer aux intérêts de la santé publique. Il semble donc mis en suspicion par l'auteur du projet ; injure et injustice très gratuites !

L'article 2 établit des fonctionnaires nouveaux sous le nom de *délégués préfectoraux*. Chacun de ces agents possédera un pouvoir dictatorial pour « exécuter toutes les mesures qu'il « juge utiles: isoler le malade et les personnes qui le soignent « ou ont rapport avec lui ; désinfecter ou même détruire les « hardes, linges, meubles et étoffes ; assainir l'appartement ou « même la maison, cela aussi bien pendant le traitement « qu'après la guérison ou la mort ». Quelles capacités professionnelles exigera-t-on de ces agents ? M. Bert ne le dit pas. Omnipotents, ils disposeront de la force publique ; et, par l'article 4, engageront même les finances de l'Etat, toute la famille devant être indemnisée des objets détruits. Ce seront des *pachas sanitaires* dans ce régime caractérisé par la suspension de la liberté individuelle, la restriction de la liberté professionnelle et le bon plaisir de ces proconsuls du choléra.

Comme sanction, l'*article* 5 impose aux réfractaires à cette législation la pénalité édictée par le code pénal dans les épizoo-

10.

ties (art. 459 et 460) : amende, prison. En un mot, à l'abattage près, rien ne manque pour mettre les cholériques au régime légal des races bovine, ovine et porcine. M'est avis que M. Bert pouvait éviter à ses électeurs malades un tel excès d'indignité.

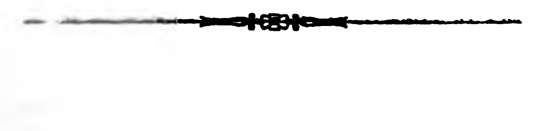
Il serait désirable que des médecins députés soient nommés rapporteurs de cette proposition de loi impossible à exécuter parce qu'elle est excessive, illogique, enfin, puisque tous les médecins le savent contrairement à l'affirmation injustifiable de M. Bert, aucune des récentes conquêtes de la science ne saurait légitimement l'autoriser.

Ce que l'hygiène demande et ce que le bon sens voudrait, ce n'est pas la création de quarantaines à l'intérieur, de fonctions et de fonctionnaires déjà assez nombreux, mais bien plutôt l'exécution et le vote d'urgence d'une loi sur l'assainissement des villes et pour l'amélioration des logements insalubres.

Voilà donc des mesures pratiques et moins moliéresques que d'affubler le médecin, sous peine d'amende, d'une longue robe en caoutchouc, comme le demande le rédacteur du *Voltaire*. En ajoutant le bonnet carré traditionnel, le type serait achevé ; et le médecin traitant des cholériques selon la formule et la loi de M. Bert, deviendrait un Diafoirus caoutchouté. Que l'idée soit bien physiologique, j'en doute, malgré l'autorité de son auteur. En tout cas, si elle n'est pas plus médicale que le projet de loi du député de l'Yonne, elle ne manque pas de gaieté. C'est une qualité, après tout, en temps de choléra et de panique cholériforme ! »



Vacances médicales. — Voir pour les postes médicaux vacants aux annonces.



REVUE CLINIQUE

DES MÉTHODES NOUVELLES DE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU,

Par le Dr P. ALBERT MORROW.

La note que le Dr Morrow vient de lire, le 21 février 1884, devant l'Académie de médecine de New-York, n'a pas révélé au monde savant des procédés inconnus jusqu'ici. Déjà les lecteurs du *Journal de médecine de Paris* ont pu trouver dans plusieurs de mes précédentes analyses un exposé du principe sur lequel reposent ces méthodes nouvelles, et même une appréciation de leur valeur. Je crois bon, cependant, de revenir un peu sur ce sujet et de le traiter de nouveau avec quelques détails, car je crois qu'il pourra bien rester dans la pratique quelque chose de ces nouvelles tentatives.

Le principe de ces méthodes thérapeutiques récentes consiste essentiellement dans l'application sur les téguments des substances médicamenteuses sous la forme de préparations solides et adhérant au derme. Son but est de limiter l'action du médicament à la surface malade seule, et d'assurer la continuité de son action en la maintenant en contact prolongé avec les tissus.

Pour atteindre ce but on a essayé quantité de procédés. On a d'abord appliqué le médicament sous la forme de poudre ou de pâte et on a essayé de le fixer en le recouvrant d'un enduit protecteur de collodion ou de gutta-percha. Puis on a tenté d'incorporer le médicament dans une masse de gélatine dont on enduit ensuite les surfaces malades après addition de glycérine pour rendre le mélange souple et malléable. On a encore expérimenté des badigeonnages faits avec du collodion ou avec une solution de gutta-percha tenant en suspension la substance active. Enfin, on a incorporé le médicament dans des emplâtres adhésifs de mousseline, emplâtres dont la base est la gutta-percha, et que l'on découpe de façon à les adapter exactement aux parties malades.

Il est incontestable que les anciennes préparations dont on se servait dans les maladies de la peau présentaient de sérieux inconvénients. C'est ainsi que les poudres que l'on emploie surtout pour protéger les surfaces malades ne restent que difficilement sur les endroits où on les met ; quand on s'en sert pour assécher une surface suintante, elles forment des croûtes qui deviennent des agents irritants. Les lotions s'évaporent trop vite et nécessitent un renouvellement constant ; ul[illegible]ment elles laissent la peau dans un état de sécheresse qui

peut être fort nuisible. Les pâtes ne sont que fort peu employées, les emplâtres sont constituées de résines le plus souvent irritantes. Les pommades ont été jusque dans ces derniers temps les préparations le plus en honneur ; mais elles sont facilement enlevées de la surface sur laquelle on les pose, ou bien elles sont absorbées par les habits ou les pièces de pansement ; de plus, il est fort difficile de graduer et d'en surveiller l'emploi : on sait combien il est rare d'obtenir des pommades bien faites et dont les excipients ne présentent aucun inconvénient : trop souvent l'axonge est rance, la glycérine est acide et les pommades deviennent, dans ces conditions, des irritants cutanés de la plus grande puissance. Telles sont, en quelques mots, les objections, d'une réelle valeur nous le reconnaissons, que l'auteur américain fait à l'ancien arsenal thérapeutique que nous possédons contre les maladies cutanées. Il n'en est pas moins vrai qu'il avoue lui-même que la plupart de ces vieux procédés présentent de sérieux avantages, et que, dans beaucoup de cas, je dirai même dans l'immense majorité des cas, c'est encore à eux qu'il faut avoir recours. Toutefois, lorsque l'on a affaire à des dermatoses présentant peu d'irritation de la peau, et ne s'étendant pas sur de trop grandes surfaces, il y aura parfois d'assez grands avantages à recourir aux méthodes nouvelles.

D'après le Dr Morrow, c'est le Dr Fox, de New-York, qui aurait eu l'un des premiers l'idée de maintenir de l'acide chrysophanique en contact avec des plaques de psoriasis en le recouvrant d'une couche de collodion ou d'un morceau de gutta-percha dont on rendait les bords adhérents en les badigeonnant de chloroforme. Mais on se hâta bientôt d'abandonner ce procédé beaucoup trop long et beaucoup trop compliqué. Leseman (*Monatshefte für praktische Dermat.*, février 1883) proposa d'employer une dissolution de chrysarobine dans le collodion dont on badigeonnait les plaques de psoriasis, et qui, en se desséchant, formait sur elles un enduit mince mais adhérent. On a depuis généralisé cette méthode et incorporé dans le collodion quantité de médicaments. Ces préparations ont l'avantage d'être toujours prêtes à appliquer, d'un usage très facile, d'une grande propreté, et de rester fixées sur la peau quelque temps.

Le professeur Pick, de Prague, propose (*Monatshefte für praktische Dermat.*, Bd II, n° 2, 1883) (voir *Journal de médecine de Paris*, 1883, p. 778) d'employer la gélatine dissoute à chaud dans l'eau comme excipient des substances médicamenteuses. Le Dr Unna conseilla bientôt une légère modification au procédé de Pick, modification qui consiste à combiner directement la glycérine à la gélatine avant d'étendre le mélange sur la peau. On obtient la gelée de glycérine en faisant bouillir une partie de gélatine avec trois ou quatre parties de glycérine jusqu'à ce qu'on ait une masse translucide. Lorsqu'on veut s'en servir, on liquéfie une partie de ce mélange en la faisant chauffer, puis on y ajoute l'agent médicamenteux que l'on a dissout le mieux possible dans de l'eau ou de la glycérine ;

la proportion de gélatine qu'Unna met dans les divers mélanges varie beaucoup, de telle sorte qu'il obtient ainsi des gélatines glycérinées dures et molles, contenant soit cinq, soit dix, soit vingt pour cent de gélatine, et cet auteur a fait des quantités d'essais pour déterminer les proportions exactes de mélange qui conviennent à tel ou tel médicament.

Le Dr Mitchell, de Philadelphie, a fait préparer une grande quantité de gélatine médicamenteuse ; la gélatine et la glycérine, mélangées à l'agent actif, sont roulées en magdaléons, et lorsqu'on a besoin de s'en servir, on en prend un morceau, on le liquéfie en le faisant chauffer et on l'étale avec une brosse sur les parties malades. Le Dr Morrow a expérimenté de ces préparations contenant de la chrysarobine, du goudron, de l'acide pyrogallique, de l'iodoforme, de l'oxyde de zinc, et il en a obtenu de bons résultats. Le seul inconvénient sérieux qu'elles présenteraient, c'est quelles s'altèrent rapidement et qu'elles se moisissent au bout d'un certain temps ; il serait peut-être possible d'y remédier en ajoutant au mélange une petite quantité d'acide salicylique ou d'acide phénique.

Le professeur Auspitz (*Medicinische Klin. Wochenschrift*, nos 30 et 31, 1883) a proposé un autre excipient qu'il croit être de beaucoup supérieur au collodion et aux gélatines glycérinées ; c'est la traumaticine, qui consiste dans une solution au dixième de gutta-percha très pure dans le chloroforme. Ce mélange, étalé sur la peau au pinceau, forme un enduit protecteur beaucoup plus mince, beaucoup plus résistant et beaucoup plus adhérant que les autres substances dont nous venons de parler : il reste étalé sur la peau pendant deux ou trois jours, quelquefois plus, sans se craqueler ; il n'est nullement irritant, ne cause ni tension, ni douleur, est fort élastique, très souple, et se moule on ne peut mieux sur tous les points où on l'applique ; enfin, il est toujours préparé et d'un maniement très facile.

Enfin, Beiersdorf, d'après les conseils de Unna, a fait fabriquer des emplâtres de gutta-percha consistant en emplâtres à base de gutta-percha et contenant diverses substances actives en proportions variées que l'on étale sur de la mousseline. Ils sont fort utiles dans les affections cutanées de certaines régions, telles que la paume des mains, la plante des pieds, les doigts, les orteils, les espaces interdigitaux, l'anus et les régions périanales, les plis des cuisses, etc... On peut les tailler en plaques, en bandelettes plus ou moins étroites, etc., de façon à pouvoir les adapter exactement aux parties que l'on veut recouvrir.

Tels sont les divers procédés dont on s'est servi, et, il faut bien le dire, on les a surtout employés dans le traitement des deux grandes dermatoses, l'eczéma et le psoriasis. Presque tous les auteurs sont unanimes à vanter leur efficacité dans le psoriasis. Le Dr Fox, qui se sert de collodion à la chrysarobine dans cette affection (*The Œsculapian*, février 1884), dit que cette préparation fait disparaître rapidement les squames, et qu'elle a l'avantage de ne pas détruire le linge du malade et de ne pas enflammer la peau saine. Il a obtenu des effets beaucoup plus rapides en ajoutant à son collodion chrysophanique

dix pour cent d'acide salicylique. Il prétend d'ailleurs avoir rapidement guéri avec cette préparation des ezcémas chroniques du tronc et des extrémités avec infiltration de la peau. Il l'a encore essayé avec succès dans le lupus érythémateux, dans l'acné du dos, et dans d'autres dermatoses. Auspitz a publié les magnifiques résultats qu'il a obtenus avec sa traumaticine chrysophanique dans le traitement du psoriasis ; il a pu obtenir la guérison de poussées de psoriasis après un petit nombre d'applications faites tous les jours ou tous les deux jours : il prétend avoir également retiré de grands avantages de cette méthode dans le prurigo, dans l'eczéma marginé et dans d'autres maladies parasitaires. Dans le prurigo la traumaticine chrysophanique fait disparaître immédiatement les démangeaisons, et dans quelques cas amène la guérison complète après quelques applications (de deux à six).

J'ai déjà dit, dans un article récent sur le traitement du psoriasis, quelle était la méthode qu'employait aujourd'hui M. le Dr Bénier à l'hôpital St-Louis. Ce maître éminent commence par décaper les placards de psoriasis, puis il frotte vigoureusement les parties malades avec un pinceau rude trempé dans une solution à 15 % de chrysarobine dans le chloroforme. Le chloroforme s'évapore rapidement, laissant sur les parties malades une couche d'acide chrysophanique que l'on recouvre aussitôt avec un pinceau doux et plat d'une couche de traumaticine. Il emploie aussi de la même manière une solution au dixième d'acide pyrogallique.

Le Dr Pick (*V. loc. cit.*) a surtout employé ses mélanges médicamentaux à la gélatine glycérinée dans les eczémas chroniques et dans les gelures.

A la clinique de Billrott on se sert couramment de collodions à l'iodoforme et au sublimé corrosif pour panser les lésions syphilitiques. Le Dr Taylor, dans la dernière édition de son ouvrage sur les maladies vénériennes, dit qu'il a employé les mélanges adhésifs à la chrysarobine avec le plus grand succès dans les syphilides papuleuses ou tuberculeuses hypertrophiques et végétantes.

Le 23 novembre 1883, le Dr Thin a cité, à la Société clinique de Londres, plusieurs cas d'épaississement et d'induration de l'épiderme de la paume des mains et de la plante des pieds, épaississement qui durait, dans quelques cas, depuis plusieurs années, et était assez considérable pour gêner la marche : il les avait traités par les emplâtres de gutta-percha salicylés, et il était arrivé, par ce moyen, à faire détacher toutes les masses cornées, et à obtenir à leur place la formation d'un épiderme normal.

Le Dr Morrow a expérimenté la plupart de ces procédés et il est arrivé presque toujours à avoir de bons résultats. Dans le traitement du psoriasis il n'a eu que des succès à enregistrer. Dans les eczémas chroniques prurigineux avec induration et épaississement du derme, même à la période aiguë, le mélange de gélatine et d'oxyde de zinc au dixième lui a semblé fort efficace : il en a été de même dans l'eczéma chronique enflammé

des jambes. Le collodion salicylé à 5 % lui a donné des succès dans l'acné rosacée; pour les cors, les verrues, les productions cornées de l'épiderme, il emploie la même préparation, mais en augmentant la dose de substance active. Il préfère les mélanges gélatineux dans les éruptions fort étendues, lorsque la peau est congestionnée et sensible; les préparations collodionnées et la traumaticine seront au contraire employées dans les lésions plus circonscrites et ne présentant pas trace d'inflammation.

En somme, le Dr Morrow croit pouvoir poser les conclusions suivantes : les applications de mélanges médicamenteux adhésifs ont l'avantage de protéger et d'occlure complètement les surfaces malades, d'assurer le contact prolongé de la surface malade avec l'agent médicamenteux, d'être très propres, et enfin d'exercer une compression modérée et uniforme sur les produits morbides. Il est peut-être prématuré de se prononcer sur les avantages réels que présentent ces préparations; cependant, il semble incontestable que leur introduction en thérapeutique cutanée constitue un réel progrès. Elles permettent d'employer sans danger certaines substances fort actives, telles que l'acide chrysophanique qui, en pommades, ne laisse pas que de présenter des inconvénients sérieux. Dans certaines variétés d'eczéma et de psoriasis, elles constituent jusqu'à ce jour les méthodes de traitement les plus efficaces et les plus commodes. Il en est peut-être de même dans les hypertrophies de l'épiderme, callosités, cornes, etc..., dans certaines congestions cutanées, telles que l'acné rosacée, l'érythème chronique, dans le prurigo, dans beaucoup d'affections parasitaires comme la teigne tondante, l'herpès circiné, l'eczéma marginé, et peut-être même dans le lupus et les syphilides. L. B.

DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DES EAUX-BONNES (SOURCE D'ORTEIG) DANS LES MALADIES UTÉRINES

Par le Dr CAZENAVE DE LA ROCHE (1)

S'il est d'une bonne thérapeutique de ne pas trop multiplier les applications des médicaments (je parle bien entendu de ceux qui ont réellement droit à ce titre) et d'en circonscrire le cercle aux limites rigoureusement assignées par l'observation clinique, cette réserve a ses bornes. Ce serait, en effet, mal comprendre les intérêts de la science et de l'humanité que de s'immobiliser dans la tradition, en s'abstenant de signaler telle propriété nouvelle d'un agent thérapeutique, par cela seul qu'il semble définitivement classé et que la médecine paraît avoir dit son dernier mot sur sa portée médicatrice.

(1) Mémoire communiqué à la *Société de médecine pratique* (séance du [illegible] mai 1884).

Cette simple réflexion m'est suggérée par la spécialisation, à mon avis trop exclusive, attribuée jusqu'à ce jour par les hydrologues aux eaux sulfurées sodiques d'Eaux-Bonnes.

Après 30 ans de maniement de ces eaux, je crois avoir acquis des notions assez exactes et assez complètes sur la nature et l'étendue de leurs effets pour pouvoir en élargir le cadre thérapeutique, sans craindre d'ébranler par un enthousiasme maladroit la réputation séculaire de ces thermes.

Depuis les trois Bordeu jusqu'à nos jours, les écrivains de la station des Eaux-Bonnes tendent tous sans exception à renfermer leurs applications thérapeutiques dans le cercle selon moi trop restreint des maladies des organes respiratoires. Parcourez les observations publiées, et vous remarquerez qu'elles portent toutes sans exception soit sur la pharyngite, la laryngite et leurs modalités, sur la bronchite simple ou compliquée de l'emphysème, le catarrhe pulmonaire, soit sur la pleurésie avec ou sans exsudat et, par-dessus tout, sur la phthisie pulmonaire, ce grand objectif de la médecine contemporaine. Les preuves cliniques à l'appui de la souveraine efficacité de ces eaux dans cette classe d'entités morbides sont aussi nombreuses que concluantes. Aussi ont-elles donné à la spécialisation médicale des Eaux-Bonnes une telle intensité, un tel degré de vulgarisation que l'on ne peut guère parler aujourd'hui de maladies de poitrine, sans qu'immédiatement les Eaux-Bonnes ne se présentent à l'esprit : remède et maladie sont unis par des liens indissolubles.

Est-ce un bien ? Est-ce un mal ? Je n'ai pas à revenir ici sur une question que j'ai déjà traitée ailleurs.

Comme mes devanciers dans la station pyrénéenne, appelé à n'observer que des maladies de poitrine, j'ai été fatalement amené, comme eux, à donner à mes travaux publiés jusqu'à ce jour sur ces eaux un caractère d'exclusivisme en opposition avec les vues larges de la science tout autant qu'avec l'étendue réelle des applications thérapeutiques de ces thermes. Du reste, l'empressement que je mets aujourd'hui à vous signaler une propriété aussi nouvelle que précieuse de l'une des sources des Eaux-Bonnes témoigne amplement de mon désir d'élargir le cadre désormais trop étroit légué par la tradition.

Les chimistes sont à peu près d'accord aujourd'hui pour re-

connaître aux Eaux-Bonnes la double sulfuration : sulfuration sodique et calcique. La source *Vieille* à laquelle ces thermes doivent leur antique réputation est sulfurée sodique : la source *d'Orteig*, qui vient émarger en contre-bas et qui provient de la même nappe d'eau, offre la minéralisation sulfurée calcique.

D'après mes recherches personnelles faites en 1866 avec le concours d'un jeune chimiste, M. Buffet, et de M. Jeaureau, ingénieur des mines, la source *Vieille* serait plus sulfurée que la source d'Orteig dans la proportion de 9 %. Celle-ci serait plus riche que la première en chlorure de calcium, sodium et magnésium dans la proportion de 5 %.

Sans accorder à l'analyse chimique plus d'importance que de raison, la clinique médicale me paraît pourtant fondée à admettre en principe que la double minéralisation offerte par ces deux sources sulfureuses doit nécessairement en augmenter les moyens d'action et en rendre les applications médicales plus variées.

Ainsi que cette note tend à le démontrer, la clinique thermale vient confirmer la présomption.

La source d'Orteig est souveraine dans le traitement des maladies chroniques de l'utérus.

Cette donnée de gynécologie thermale, qui n'a pas encore été signalée, n'est pas une simple vue de l'esprit : elle repose sur une longue série d'observations. Elle me fut révélée, il y a une vingtaine d'années, par une circonstance purement fortuite. N'est-ce pas, du reste, l'histoire de toutes les découvertes grandes et petites ?

Une pauvre femme de la montagne, âgée de 37 ans, mère de trois enfants, vint me consulter à cette époque (1863). Elle présentait tous les signes anatomiques et rationnels d'une métrite chronique post-puerpuérale : tuméfaction et déformation du col ; boursouflement du levier du museau formant ectropion ; écoulement muco-purulent fétide ; le corps de l'utérus était en antéversion par suite d'une hypertrophie concentrique ; douleurs de voisinage recto-vésicales sympathiques ; dysménorrhée ; facies utérin. Je conseillai l'usage des *eaux chaudes* (source de l'Esquirette). Je ne revis cette femme qu'à la fin de la saison thermale. Sa bonne mine et sa démarche dégagée me frappèrent.

Je ne doutais pas qu'elle ne dût cet heureux changement à l'action de ces eaux. Aussi quel fut mon étonnement quand elle me dit que, retenue dans sa maison par les soins de son ménage, elle s'était contentée, sur l'avis d'une voisine, de faire usage de la source d'Orteig en bain de siège, en injection et en boisson.

Je voulus me convaincre par un examen au spéculum que cette guérison était de bon aloi : le col avait diminué de grosseur, quoique encore un peu déformé ; la teinte rouge livide avait disparu ; l'écoulement avait cessé avec le retour menstruel plus régulier et non douloureux ; le corps utérin s'était relevé et avait repris sa place normale, et l'ensemble fonctionnel son équilibre.

En présence d'un résultat clinique aussi décisif, le doute n'était plus permis. Dès lors je considérai comme un devoir professionnel de poursuivre le nouveau filon thérapeutique que le hasard m'offrait.

Malheureusement, à cette époque, l'aménagement de la source d'Orteig était moins que primitif. Non captée, sans abri, sans baignoire, ni buvette, cette fontaine venait sourdre à ciel ouvert dans une excavation naturelle du rocher. Secondé dans mes efforts par mon regrettable maître et ami le Dr Pidoux, alors inspecteur des Eaux-Bonnes, j'obtins de l'administration communale que cette fontaine fût pourvue d'un outillage approprié aux exigences d'un traitement rationnel.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis une vingtaine d'années, j'ai soumis 287 malades atteintes à divers degrés d'affections chroniques de l'utérus ou de ses annexes à l'emploi méthodique de cette fontaine. (Bains, douches locales, générales et extérieures.)

Les praticiens qui m'écoutent savent trop bien l'étroite solidarité qui unit, tant dans l'ordre physiologique que pathologique, les deux appareils respiratoire et utérin pour être surpris de rencontrer un chiffre aussi élevé de maladies de matrice dans un établissement exclusivement réservé aux affections de la poitrine. D'ailleurs, moi-même une fois convaincu de la spécialisation de cette source, je contribuais dans une assez large part à accroître la clientèle de cette fontaine en dirigeant vers cet établissement des malades justiciables des eaux

chaudes, mais que la tristesse de ces thermes ou d'autres raisons de ce genre effrayaient.

Je ne donnerai pas dans cette courte note, faite de conclusions cliniques, la relation détaillée des 287 observations à l'appui de mes assertions. Un volume y suffirait à peine. Je me bornerai à un simple classement nosologique avec les résultats obtenus en regard.

Pour dresser cet inventaire de gynécologie thermale sur des bases véritablement scientifiques, il me paraît nécessaire d'être au préalable bien fixé sur un point capital de pathologie générale de l'appareil utérin, à savoir :

La prédominance de la métrite aiguë ou chronique dans la nosographie des maladies utérines. En formulant cette proposition, je ne crains pas d'être contredit par les gynécologistes expérimentés. Que l'inflammation ait son siège sur la muqueuse qui tapisse la cavité utérine, sur la séreuse qui revêt sa surface extérieure ou dans le parenchyme, la métrite peut être considérée dans les trois cas comme le point de départ et non comme l'aboutissant du plus grand nombre des maladies de la matrice ou de ses annexes. Les différents *états morbides* considérés encore par quelques auteurs comme des maladies distinctes ne sont que des symptômes de la phlegmasie utérine, des phases différentes d'un même processus.

Ainsi l'aménorrhée, la dysménorrhée, la leucorrhée, le catarrhe utérin, la métrorrhagie, l'induration, l'engorgement, l'hypertrophie du col ou du corps, sa déformation, les solutions de continuité de la muqueuse intra ou extra-utérine (granulations, exulcérations, ulcérations, fongosités), certaines déviations, notamment l'antéversion, et enfin bien souvent les tumeurs fibreuses elles-mêmes, procèdent la plupart du temps de la métrite. Je n'ai pas, on le pense bien, la prétention d'être le premier à émettre cette doctrine,— il y a plus de dix ans que M. le Dr Gallard et ses élèves, MM. Chantreuil, Villard, Le Blond, Lutaud, Grancher l'ont exposée dans leurs travaux, — mais d'en corroborer l'exactitude par les appoints de clinique thermale : « Naturam morborum ostendit curatio. »

(*A suivre.*)

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

Deux cas de tuberculose du testicule avec symptômes anormaux, par M. Walsham, chirurgien-adjoint de Saint-Bartholomew's hospital. — I. Le malade est charpentier et est âgé de 52 ans ; il entre le 20 janvier 1883 dans le service. Il raconte que, deux mois auparavant, il reçut un coup sur le testicule gauche ; le lendemain, il constata que l'organe était enflé, et qu'il avait la grosseur d'un œuf de dinde, volume qu'il a toujours conservé depuis. Pas la moindre douleur. Le testicule avait une forme ovalaire, était lisse, opaque, d'une dureté uniforme, assez lourd, et présentait partout la même consistance. L'épididyme faisait entièrement corps avec la tumeur, mais le cordon n'était pas épaissi. La santé du malade avait jusque-là été toujours bonne, et il assurait formellement n'avoir jamais eu la syphilis ou la blennorrhagie. L'auscultation faisait reconnaître une légère obscurité aux sommets. On institua le traitement mercuriel, mais cela n'amena aucune modification dans le volume ou dans la consistance de la tumeur. Soumis à l'examen de plusieurs autres médecins, la plupart d'entre eux penchèrent plutôt en faveur d'un sarcôme, mais tous furent d'avis que la castration était indiquée. On fit d'abord une ponction aspiratrice qui ne donna que quelques gouttes de sang.

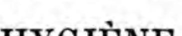
La castration fut alors pratiquée et on constata à la coupe que le testicule était formé par une substance dure, grisâtre, visqueuse, uniforme et traversée par des traînées de petites masses caséuses disposées en chapelet au milieu desquelles on voyait des gouttes de pus. L'examen microscopique en fit reconnaître la nature tuberculeuse. L'épididyme n'avait rien.

II. — Le second cas a trait à un homme de 33 ans, cordonnier de son état, entré à l'hôpital le 17 octobre 1883, et qui avait constaté, dix-huit mois auparavant, que son testicule droit augmentait de volume, mais il n'avait commencé à en souffrir que depuis les sept ou huit dernières semaines. Aucun antécédent tuberculeux dans sa famille. Pas de syphilis, pas de blennorrhagie. Il était marié et avait des enfants bien portants.

A l'examen on constate que le testicule était hypertrophié et avait le volume d'une grosse poire. Il était irrégulier, inégal et présentait des nodosités : sa consistance était ferme, résistante, non élastique et uniforme. L'épididyme faisait corps avec le testicule et le cordon spermatique légèrement épaissi. La peau glissait sur la tumeur et la tunique vaginale contenait un peu de liquide. Sensibilité au tou cher, mais sensation testiculaire complètement perdue. La prostate et les vésicules séminales étaient saines. L'état général était bon. On ne constatait qu'un peu de rudesse respiratoire au sommet du poumon droit. On soumit le malade au traitement mercuriel sans obtenir aucune amélioration. L'hydrocèle augmenta de volume et remonta jusqu'à l'anneau inguinal. Ponctionné une première fois, le liquide reparut presque aussitôt ; et plusieurs ponctions successives ne furent pas plus efficaces. On pratiqua alors la castration ; on trouva, à la coupe, le testicule infiltré de tubercules dont quelques-uns avaient subi la dégénérescence caséeuse. L'épididyme était sain.

Les deux malades guérirent en un mois. M. Walsham fait remarquer l'absence de toute manifestation sur l'épididyme : et ensuite le manque d'adhérence à la peau; pas de douleur, pas de suppuration. (*British Med. journal*, mai 3, 1884. p. 855.)

A. Rizat.



HYGIÈNE

Des eaux potables en temps d'épidémie. — Les médecins et les hygiénistes sont tous d'accord pour reconnaître l'influence énorme que joue l'eau en boisson dans la production du choléra.

Dans son instruction sur l'hygiène à suivre en temps d'épidémie, que vient de rediger le comité consultatifs l'hygiène, sur le rapport de M. Proust, il est dit en propres termes : « L'usage d'une eau de mauvaise qualité est une des causes les plus communes du choléra. L'eau de puits, de rivière, des petits cours d'eau, est souvent souillée par les infiltrations du sol,

des latrines, des égouts, par les résidus des fabriques. Quand on n'est pas sûr de la bonne qualité de l'eau servant aux boissons ou à la cuisine, il est prudent d'en faire bouillir chaque jour plusieurs litres pour la consommation du lendemain, l'ébullition donnant une sécurité.... *Les Eaux minérales naturelles dites* « EAUX DE TABLE » rendent, dans ces cas, de grands services. »

Le médecin allemand Koch, en quittant Toulon où il est venu observer le choléra, qu'il a déjà étudié dans l'Inde et en Egypte, a écrit dans le mémoire qu'il a remis à la municipalité toulonnaise : « On évitera l'emploi d'une eau douteuse et de celle qui provient soit d'un puits de petite profondeur, soit d'un marais, soit d'un étang ou d'un ruisseau recevant des eaux viciées. »

De son côté, le professeur agrégé Lereboullet, dans une instruction populaire qu'il vient de publier dans le numéro du 10 juillet de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, consacre un alinéa spécial aux eaux et dit : « Ne faire usage que d'une eau parfaitement pure ; *préférer les eaux minérales naturelles,* et *non falsifiées,* aux eaux de puits ou de source dont on n'est jamais sûr, si l'on n'a pas le soin préalable de les faire bouillir. »

Mais nous savons tous combien les eaux bouillies sont peu agréables à boire et nous savons aussi combien le professeur Bouchardat est dans le vrai lorsque, dans son magistral *Traité d'hygiène,* il dit que « les eaux simplement filtrées sont encore bien impures et que la filtration est impuissante pour en séparer les ferments ».

Certaines personnes font des *eaux artificielles* un usage qui n'est pas sans danger, ainsi que le fait si judicieusement remarquer aussi le même professeur, car, étant souvent fabriquées avec de l'eau de puits ou de rivière, la plupart du temps non filtrée, elles offrent par conséquent tous les inconvénients justement reprochés à ces eaux.

De ce qui précède, il ressort nettement que, pour la cuisine, il faut faire usage d'eau filtrée et bouillie, mais que l'hygiène la plus élémentaire conseille de s'abstenir de cette eau en boisson, et que *les meilleures eaux que l'on puisse boire sont les eaux minérales naturelles, dites* « EAUX DE TABLE ». Parmi

celles-ci, la première qui se présente à l'esprit est naturellement l'*Eau de Saint-Galmier* (*source Badoit*) dont tous les médecins font un usage personnel journalier. L'éloge de la *source Badoit* n'est plus à faire. D'un goût très agréable et très frais, cette eau, absolument pure et limpide, légèrement alcaline bicarbonatée, très riche en acide carbonique qui s'y trouve naturellement à l'état de dissolution aqueuse, est franchement apéritive, réveille les estomacs et les intestins paresseux, active leurs sécrétions, régularise leurs fonctions en même temps qu'elle accroît leurs contractions péristaltiques; ce qui la rend indispensable à toutes les personnes atteintes de gastralgie, de dyspepsie, dont les digestions sont lentes, pénibles, irrégulières et qui sont sujettes à la constipation.

Dr THIBAULT.

CORRESPONDANCE

TRAITEMENT DU TÉTANOS PAR LE GELSEMIUM.

Le Dr Grimault, de Libourne, nous adresse l'observation suivante qui présente un grand intérêt clinique et thérapeutique :

« M...., habitant la commune d'Arveyres, à cinq kilomètres de Libourne, s'est brûlé gravement à la tête et aux mains après avoir approché une lumière d'une cuve où l'on avait fait bouillir du vin.

Pansement phéniqué au liminent oléo-calcaire phéniqué à 1/100 et pansement ouaté — 25 avril 1884.

Les plaies sont en bonne voie de guérison, quand il prend la fantaisie au malade d'aller se promener dans la campagne par un temps humide et froid.

A ma visite du 20 mai, je constate qu'il est atteint de tétanos (trismus, rigidité des muscles de la nuque, du dos et des jambes).

J'institue le traitement suivant.

Hydrate de chloral........ Bromure de potassium..	} àà	4 gr.
Sirop de morphine.........		40 gr.
Teinture de digitale......		1 gr.
Eau...........................		160 gr.

A prendre en 24 heures par cuillerées.

Du 20 mai au 3 juin, pas de résultat ; le malade a toujours des crises violentes, il faut le veiller la nuit à plusieurs personnes ; il a parfois un délire furieux.

Le 3 juin, je lui administre *quarante* gouttes de teinture de gelsemium par 24 heures, le lendemain je le trouve un peu plus calme; il prétend que ça lui fait du bien aux nerfs ; sueurs copieuses. Même dose pendant 2 jours; après, 50 gouttes à continuer toutes les 24 heures.

La rigidité diminue. A trois personnes on peut asseoir le malade sur son lit, mais en le courbant avec force et en le soutenant au moyen d'une chaise mise en travers sous le tronc.

Le 26 juin, le malade se lève, la raison lui revient, il ne se souvient pas des crises qu'il a eues.

Le 13 juillet, le malade sort pour aller se faire raser. Guérison complète.

Je sais très bien qu'un cas isolé n'a pas grand poids ; mais en présence d'une maladie comme le tétanos, je crois qu'il est bon de signaler cette guérison par un médicament qui, *à ma connaissance*, n'a pas été employé dans ce cas.

Agréez, etc.

Dr GRIMAUT.
Libourne.

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 12 juillet, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : *Au grade d'officier* : MM. Le Fort, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris ; le docteur Dumontpallier, médecin des hôpitaux de Paris ; le professeur Tourdes, doyen de la Faculté de médecine de Nancy. *Au grade de chevalier* : MM. le docteur Garny, d'Alger ; le docteur Fernet, médecin des hôpitaux de Paris ; le docteur Javal, directeur du laboratoire d'ophthalmologie à la Sorbonne ; le docteur A. Tahère, de Tilly-sur-Seulles ; le docteur Brière, médecin de l'hospice d'Evreux ; le docteur Duburque, médecin de l'hospice de Casteljaloux ; le docteur Blatin, de Clermont-Ferrand ; le docteur Dufraigne, ancien chirurgien en chef de l'hospice de Meaux ; le docteur Joyeux, de Mirecourt ; le docteur Dastre, professeur suppléant à la Faculté des sciences de Paris ; le docteur Paquelin de Paris ; d'Arsonval,

directeur du laboratoire de physique biologique au Collège de France ; Rey, médecin à Saint-Denis (Lot).

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 10 juillet, M. de Nozeille a été promu au grade de pharmacien en chef de la marine.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le Dr Bourgarel, mort du choléra à Toulon.

Parmi les victimes du choléra à Toulon, on cite un étudiant en médecine M. Hilaire Dumas, mort le 10 à l'hôpital de la marine.

— Rathery (F.-R.), ancien interne des hôpitaux de la promotion de 1865, médecin de l'hôpital Tenon, est mort à l'âge de quarante et un an, à Fontenay-aux-Roses, le 18 juillet, à la suite d'une longue maladie dont il avait contracté le germe comme médecin des ambulances pendant la guerre de 1870, où il eut à souffrir toutes les rigueurs du froid et des privations.

Bureau central météorologique de France. — M. le docteur Du Mesnil, médecin de l'asile national de Vincennes, a été nommé, pour trois ans, membre du conseil du Bureau central météorologique de France. M. le docteur Du Mesnil représentera au Conseil le ministère de l'intérieur.

Congrès international de Copenhague. — M. Pasteur est chargé d'une mission à l'effet de représenter le ministère de l'instruction publique et des beaux-arts au congrès international des sciences médicales qui se tiendra à Copenhague en 1884.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Présidence de M. Guérin.

Choléra. — M. Fauvel adresse une lettre dans laquelle il critique les mesures prises jusqu'à ce jour et insiste sur ce fait que tous les cas de choléra provenant de Toulon ou de Marseille sont restés partout stériles sans former de foyers de propagation. M. Fauvel pense donc que le choléra ne se propagera pas ailleurs, et il attribue ce fait à la non contagiosité de la maladie, beaucoup plus qu'aux mesures prises, mesures qui lui paraissent purement illusoires.

M. de Villiers présente, de la part de M. le Dr Charnaux, un travail manuscrit sur le traitement du choléra par les alcalins à haute dose combinés avec l'iodure de potassium. Mal-

heureusement, M. Charnaux n'apporte aucun fait à l'appui de sa théorie.

M. Lunier demande que l'instruction du Conseil d'hygiène, lue dans la dernière séance, soit discutée aujourd'hui par l'Académie.

M. Jules Guérin lit un travail qui se termine par les conclusions suivantes. Ces conclusions sont textuellement celles qui ont déjà été lues par M. J. Guérin dans la séance du 31 juillet 1883.

1° Conformément à l'enseignemeut des plus grands maîtres de la science, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, j'ai toujours considéré l'évolution des épidémies, et des épidémies de choléra en particulier, comme un produit de certaines constitutions médicales résultant de modifications successives de l'atmosphère et de l'organisme.

2° Sous l'empire de ces modifications, les épidémies cholériques s'annoncent par des dérangements dans la santé, dérangements caractérisés surtout par des diarrhées continues chez les enfants d'abord, chez les adultes et les vieillards ensuite. J'ai signalé ces faits à l'approche de toutes les épidémies de choléra depuis 1831, plus d'une année avant l'épidémie de 1832, et successivement, pour les quatre grandes épidémies qui ont suivi celle de 1832 : en 1849, en 1853, en 1865 et en 1873.

L'existence de ces diarrhées, auxquelles j'ai donné le nom de *diarrhées prémonitoires des épidémies*, a été confirmée par les observateurs les plus sévères de tous les pays.

3° Lors de l'explosion des épidémies cholériques, et pendant leur règne, on constate trois autres catégories de diarrhées, qui ne sont que la continuation des diarrhées prémonitoires de l'épidémie, et trois expressions plus avancées de l'intoxication cholérique :

La première catégorie est celle où le choléra, dans certaines localités, villes, villages, ne va pas au delà de cette ébauche, tandis que, dans les localités voisines, il acquiert tout son développement.

La deuxième catégorie est celle qui précède invariablement le développement du choléra individuel et en constitue la première période.

La troisième catégorie, celle qui, dans les localités où règne le choléra complet, se limite néanmoins à certains quartiers,

à certaine rues, à certains côtés de rue, que l'on avait supposés précédemment tout à fait épargnés par la maladie, et ce, en vertu d'une immunité exceptionnelle. J'ai montré que ces trois catégories de diarrhées ne sont que des expressions variées et graduées de l'intoxication cholérique.

4° J'ai constaté qu'avant l'explosion collective du choléra confirmé, et avant la date assignée à cette explosion, il avait toujours existé quelques cas de choléra réels, mais isolés et inaperçus, ou indûment qualifiés de *choléra nostras* ; ce qui a fait dire que le *choléra officiel* arrive toujours après le *choléra réel* : celui-ci, entouré des prodromes de l'épidémie, et se manifestant presque toujours en même temps, le même jour, si ce n'est à la même heure, dans des quartiers différents. Des faits absolument pareils se sont produits et reproduits à Paris, en 1832, à Marseille, en 1865, au Havre, à Rouen et à Paris, en 1873 ; et, dans chacune de ces localités, les constatations ont été revêtues des preuves les plus authentiques et ont été consignées dans les documents les plus sérieux. A l'appui de ces faits, je citerai encore les constatations si remarquables du Dr Cuningham, rapporteur général de la commission sanitaire de l'Inde, celui que l'on proclamait hier en Angleterre, *le plus grand hygiéniste du siècle* : « L'épidémie de 1872 à 1873, dit « M. Cuningham, a débuté à peu près en même temps sur « cent points différents et à de grandes distances les uns des « autres. L'importation n'a pu être constatée dans aucune des « localités soumises à une minutieuse surveillance. » (*Bull. de l'Académie*, 1875, p. 927.)

5° Contrairement à la doctrine de l'importation, différentes contrées de la France sont restées pendant des mois, si ce n'est pendant une année, en rapport quotidien avec différents centres occupés par le choléra sans avoir contracté la maladie ; et, lorsque la maladie a fait son apparition dans quelques-unes, comme à Paris, en 1832, au Havre, en 1873, il a été absolument impossible de découvrir un fait pouvant servir de prétexte à l'importation.

» La contagiosité du choléra, contagiosité établie par un tain nombre d'observations incontestables, que j'ai toujours nises, ne constitue qu'un fait relatif, c'est-à-dire subordon- pour les localités, pour l'individu et pour la maladie elle-

même, à des conditions préalables d'aptitude, de réceptivité et d'activité contingentes, lesquelles expliquent tout à la fois l'impuissance des transports lointains et la stérilité si fréquente des contacts individuels.

7° Finalement, les épidémies de choléra sont soumises aux lois qui règlent l'évolution et la propagation des autres maladies virulentes et infectieuses ; et les différentes dénominations avec lesquelles on a arbitrairement séparé les formes et degrés du choléra *réel*, choléra *nostras*, choléra *sporadique*, choléra *épidémique*, choléra *asiatique*, n'ont pas plus de raisons d'être que de semblables appellations que l'on voudrait appliquer à la variole, à la scarlatine, à la rougeole, etc. ; les unes pas plus que les autres n'ayant pas un point de départ unique, et ne pouvant être considérées, à leurs différents degrés et formes diverses, comme des maladies de nature et d'origine différentes, sous les noms de variole, de rougeole et de scarlatine *nostras* ou exotique.

8° Enfin, et comme conséquences logiques et pratiques des faits qui précèdent, les mesures sanitaires employées aujourd'hui pour s'opposer à l'envahissement du choléra asiatique, doivent être considérées comme des institutions caduques, qui seront un jour remplacées par le système des avertissements à domicile ; système inauguré dès l'année 1849 en Angleterre, où, sur 130,000 cas de diarrhée prémonitoire dûment constatées, 250 seulement ont évolué jusqu'au choléra cyanique et mortel.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un correspondant national dans la 2e division. La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Delore (de Lyon) ; en deuxième ligne, M. Dumenil (de Rouen) ; en troisième ligne M. Berne (de Lyon) ; en quatrième ligne, M. Cazin (de Berck-sur-Mer) ; en cinquième ligne, M. Bitot (de Bordeaux) ; en sixième ligne, M. Surmay (du Havre).

Au premier tour de scrutin, sur 60 votants, majorité 31, M. Delore est élu par 32 voix contre 7 données à M. Cazin, 8 à M. Dumenil et 3 à M. Surmay.

L'Académie procède à l'élection des diverses commissions des prix.

Le Gérant : Dr A. Lutaud.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

4e Année. — T. VII. N° 4bis 31 Juillet 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS
Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 *juillet* 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Cancer de l'utérus. — Amputation du col. — A propos de la discussion soulevée par M. Bœckel, M. Gallard vient apporter les résultats de sa pratique.

D'une manière générale, il est partisan de l'intervention, quand elle est possible, car elle donne un soulagement parfois inespéré et même des résultats durables.

Il a adopté comme instrument de choix l'anse galvanique.

Sur 25 cas d'ablation du col pour cancer, l'opération a été faite trois fois à titre palliatif ; dans 9 cas la guérison peut être considérée comme presque complète.

Dans quelques cas, alors que la section avait eu lieu en plein tissu malade, la repullulation ne s'est faite que très lentement, et même dans un cas de ce genre, la récidive ne s'est pas produite depuis quatre ans.

L'ablation du col pour cancer est donc une bonne opération.

M. Th. Anger est resté partisan du cautère à gaz de Nélaton.

M. Terrillon a pratiqué six fois l'ablation du col pour cancer : il a eu un mort par hémorrhagie vers le troisième jour ; le tamponnement n'avait pu être fait à temps ; l'anse galvanique ne met donc pas sûrement à l'abri des hémorrhagies ; dans deux autres cas la récidive a été rapide ; deux autres opérations pratiquées l'une il y a neuf mois, l'autre il y a six mois, n'ont pas encore été suivies de récidive. Enfin M. Terrillon a opéré un cancer du col (avec quelques réserves de diagnostic) il y a cinq mois ; pas encore de récidive.

M. Desprès pense que l'on a eu affaire à une altération non cancéreuse ; il a vu un cas de ce genre. Lorsqu'on opère une femme atteinte d'un cancer du col bien caractérisé, la récidive

est constante ; il faudrait, pour que l'intervention pût être efficace, voir les malades dès le début de l'affection.

M. Verneuil a obtenu dans les opérations dont il a parlé une survie de dix-neuf à vingt mois. Même quand on ne peut tout enlever, les opérations partielles et palliatives donnent ordinairement de bons résultats. M. Verneuil reste partisan de l'écraseur ; mais il fait la section en deux temps, après avoir embroché le col avec une tige rigide pour fixer l'écraseur.

M. Gallard a eu avec l'anse galvanique quelques petites hémorrhagies, au sixième, huitième ou dixième jour ; mais ces hémorrhagies n'ont pas eu de caractère inquiétant ; une fois une menace de péritonite ; parfois de la dysurie cédant rapidement.

M. Polaillon a conseillé l'anse galvanique dans un mémoire qu'il a fait il y a trois ans sur le sujet. Il est partisan, à la suite des ablations qui peuvent être incomplètes, de poursuivre la tumeur à l'aide des flèches caustiques.

M. Marchand est assez partisan de l'opération avec le bistouri ; les hémorrhagies graves ne sont pas très fréquentes et d'autre part l'anse galvanique appliquée un peu haut peut très bien amener soit l'ouverture du cul-de-sac péritonéal, soit l'ouverture de la vessie par eschare consécutive.

M. Terrier remarque que l'ablation du col n'est pas en somme une opération fort innocente, et comme les statistiques établissant les résultats privés et incontestables de ces opérations sont rares, il y a lieu peut-être de chercher mieux qu'une opération qui, en somme, n'est guère que palliative ; aussi ne faut-il pas rejeter d'emblée l'extirpation totale de l'utérus pour cancer du col, opération qui a au moins un avantage, celui d'être rationnelle.

M. Pozzi a vu, à la suite de l'oblitération du col par le cancer, de véritables coliques utérines très pénibles pour les malades ; il y a dans le cas particulier, indépendamment des conditions générales de l'intervention, indication à faire cesser cette oblitération, à l'aide des flèches caustiques.

M. Tillaux estime qu'on ne peut accepter en principe les ablations partielles pour des cancers ; ces opérations ne visent que des accidents et n'ont pas la prétention d'être curatives.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 juillet 1884. — Présidence de M. MARC SÉE.

Cancer de l'utérus. — Ablation du col. — M. LABBÉ donne son appréciation sur cette opération. Il a publié en 1874 un mémoire dans les *Annales de gynécologie* sur ce sujet ; il préconisait l'anse galvanocaustique ; ce moyen a été adopté depuis d'une manière assez générale.

Il n'est guère possible de dire que l'ablation du col atteint de cancer puisse amener des guérisons absolues ; cependant, une malade opérée par M. Labbé en 1872 n'a pas eu de récidive ; il cite un second cas dans lequel l'évidement du col avec le couteau galvanocaustique, pratiqué il y a trois ans, n'a pas été suivi de récidive.

Les caustiques, tels que la pâte de Canquoin, trouvent leurs indications dans les cancers déjà avancés.

Combinés au curage des parties fongueuses, ils peuvent amener la restauration momentanée de la santé.

Les résultats obtenus par ces divers moyens en sont, non seulement la justification, mais ils démontrent qu'il faut y avoir recours.

M. MARCHAND estime que l'amputation du col pour cancer constitue dans bon nombre de cas une opération palliative excellente, au même titre que certaines autres opérations, la colotomie par exemple ; mais ce n'est pas la seule opération qui puisse être faite contre le cancer. C'est ainsi que pour le cancer du corps de l'utérus, l'amputation sus-vaginale pratiquée par la voie abdominale a donné à l'étranger des résultats estimables.

M. TERRIER remarque que l'amputation du col est ordinairement une opération incomplète, et partant une opération médiocre, puisqu'il s'agit de cancer ; pour cette opération, M. Terrier a vu M. Trélat se servir de l'anse galvano-caustique avant la guerre, il y a par conséquent déjà longtemps.

Mais ne peut-on espérer remplacer cette opération incom-[...]te par une invention curative ? Là est la question ; et la ré-[...]se ne serait pas douteuse si le pronostic opératoire de l'am-[...]ation totale de l'utérus était diminué dans sa gravité.

[.]. TRÉLAT rappelle qu'il a fait des communications sur ce

sujet avant la guerre, et qu'il a défendu en 1873 l'anse galvanocaustique contre les injustes critiques de Demarquay. La question pourra soulever encore de longues discussions. Le diagnostic du cancer du col, difficile au début, sa limitation incertaine, sa marche redoutable sont en quelque sorte les trois données qui dominent son histoire. Il faut constater que le danger des interventions croît avec la puissance de leurs moyens d'action. Enfin, il n'est pas acquis que l'extirpation totale de l'utérus elle-même constitue une opération complète; peut-on se rendre compte sûrement de l'état des lymphatiques pelviens ?

La division des opérations si complètes et. incomplètes est donc un peu théorique dans le cas particulier.

Dans ces conditions, nombre de chirurgiens trouveront que l'opération dite complète est audacieuse ; il est certain que si par une série de perfectionnements on arrivait à faire de l'amputation complète de l'utérus une opération moins redoutable, alors le jugement devrait être modifié ; à l'heure actuelle il faut attendre les faits.

M. Lucas-Championnière pense que le simple traitement de la surface du cancer donne une survie tout aussi grande que l'amputation du col.

M. Verneuil, dans les cas de cancer très limité, se comporte comme pour le cancer de la lèvre ; il opère le plus vite et le plus largement possible ; il y a donc pour lui plus à faire que de simples pansements. Il est véritablement impossible de considérer l'amputation du col comme une opération grave ; sa statistique en fait foi, et les ablations de la langue ont un pronostic opératoire autrement grave.

M. Polaillon préconise à la suite de l'ablation du col une exérèse secondaire à l'aide des flèches caustiques appliquées au niveau des points suspects.

M. Terrier n'est pas partisan de cette manière de faire ; il est difficile, sinon impossible, de voir si le tissu utérin est sain ou malade au niveau de la surface de section ; contrairement à l'opinion de M. Polaillon, M. Terrier pense que les caustiques, le chlorure de zinc en particulier, ont une action plus énergique sur les tissus sains que sur les tissus envahis par le néoplasme.

Arrachement du nerf dentaire. — Dans deux cas de

névralgie rebelle du nerf dentaire inférieur, M. MONOD a pratiqué l'arrachement de ce nerf au niveau du trou mentonnier. Dans le premier cas, la guérison est acquise depuis treize mois ; le second cas est encore trop récent pour être probant.

L'élongation au niveau du trou mentonnier dont M. Monod a relevé 13 cas a paru donner d'assez bons résultats. A l'exemple de Beau, M. Monod a mis le maxillaire à nu par le vestibule de la bouche. On applique le trépan à un centimètre en arrière du trou mentonnier ; on passe un fil solide sur le nerf, et à l'aide de ce fil on arrache le bout périphérique du nerf.

M. POLAILLON se demande si l'arrachement du bout périphérique du nerf peut remédier à une névralgie dont le point de départ siège sur les grosses dents.

M. TILLAUX a pratiqué trois fois l'élongation du nerf dentaire inférieur ; la première fois, au niveau du trou mentonnier, il y a 12 ou 15 ans. Il est resté persuadé que l'opération au niveau du trou dentaire est préférable ; on attaque la branche montante non pas avec le trépan, mais à l'aide de la gouge et du maillet.

L'os saigne peu dans le tissu spongieux et si l'on a une hémorrhagie, c'est que l'artère dentaire est lésée ; mais ce signe constitue un point de repère important ; le nerf est tout voisin.

M. MONOD, répondant à M. Polaillon, observe qu'il faut s'attendre à toutes les surprises lorsqu'on agit sur les nerfs ; d'ailleurs les faits sont là pour en témoigner.

M. TILLAUX pense qu'il est souvent difficile de reconnaître le point de départ exact d'une névralgie ; les névralgies centrales s'accompagnent généralement ou sont précédées de céphalalgies plus ou moins prononcées dont il faut tenir compte.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE

Séance du 7 avril 1884.

Présidence de M. DANJOY, vice-président.

EXAMEN CRITIQUE DES PRINCIPAUX PROCÉDÉS APPLIQUÉS A LA PULVÉRISATION DES EAUX MINÉRALES (*Suite*).

Par le D[r] Paul BÉNARD.

La principale réside dans la nécessité d'obtenir une extrême division des éléments pulvérulents toutes les fois que l'on voudra leur faire parcourir un long trajet à travers des cavités na-

turelles ou artificielles. Solos-Girons a insisté avec raison sur l'importance de cette condition, qui paraît d'ailleurs concorder avec la plus grande puissance des effets thérapeutiques. La finesse est donc une qualité que l'on doit demander avant toutes les autres aux appareils pulvérisateurs.

Cette importante condition n'est pourtant pas la seule que l'on doive considérer. Il faut encore tenir compte de la température des éléments liquides, de la nature du milieu qui les enveloppe, et enfin, nous l'avons déjà dit, de la force de projection dont ils peuvent être animés.

C'est ce dernier caractère qui doit faire distinguer, suivant qu'il existe on n'existe pas, deux modes essentiels dans la pulvérisation : d'une part, la simple atmosphère ou le bain d'eau pulvérisée, que nous désignerons sous le nom de *Pulvérisation simple*, et à laquelle nous rattacherons l'inhalation ; d'autre part, la *Douche pulvérisée*, qui, indépendamment des caractères communs de finesse, de température et de milieu ambiant ou de véhicule, présente à considérer une action percutante spéciale due à la force de projection des éléments pulvérulents on à celles des corps liquides ou gazeux qui les accompagnent.

C'est en vain que l'on chercherait à différencier la *douche pulvérisée* et la *pulvérisation simple* uniquement d'après les appareils employés pour les produire. Les uns sont mieux appropriés à l'administration de la première ; les autres conviennent mieux à la production de la seconde ; mais les conditions qui dépendent du maniement de l'appareil ont sur les effets obtenus une influence souvent aussi grande que celles qui résultent de la disposition de ses organes.

Il est donc indispensable, pour savoir ce que l'on doit obtenir de tel ou tel procédé, de connaître, non seulement le principe sur lequel il repose, mais aussi les différentes conditions accessoires qui président à son fonctionnement, et qui peuvent faire varier ses effets.

Les nombreux appareils imaginés pour produire la pulvérisation se rapportent généralement à deux types fondamentaux : dans l'un, un jet de gaz ou de vapeur animé d'une cer-

taine force divise et dissémine dans l'atmosphère une goutte d'eau sans cesse renouvelée: dans l'autre, la pulvérisation résulte du brisement d'un jet capillaire contre une surface résistante.

Le premier cas rappelle le phénomène produit par l'action du vent qui entraine des particules liquides détachées de la cime des vagues de la mer; le second représente assez fidélement le brouillard produit par suite du brisement des cascades contre les rochers.

Les appareils à jet de gaz ou de vapeur se divisent naturellement en deux genres, suivant que la pulvérisation est obtenue par l'un ou par l'autre de ces éléments.

PULVÉRISATION PAR JET DE GAZ.

Les pulvérisateurs à jet de gaz présentent généralement entre eux une grande analogie. Le premier, inventé par *Mathieu et Tirman* et connu sous le nom de *néphogène* (1), se composait essentiellement d'un réservoir à air comprimé dont le tube d'échappement, terminé par un orifice très fin, recevait à quelque distance de ce dernier le liquide à pulvériser. Le jet de gaz, animé d'une grande force au niveau de l'orifice rétréci, rencontrait, en sortant, le liquide tendant à obstruer l'ouverture, et chassait violemment ce dernier sous forme de poussière liquide. Cet appareil reçut dans la suite de nombreux perfectionnements qui eurent surtout pour résultat de le simplifier et de remédier à l'altération produite par le contact prolongé du liquide avec les parois métalliques. C'est ainsi que le liquide fut amené par *Windler* très près de l'orifice terminal (2), que des parois de verre ou de caoutchouc durci furent substituées aux parois métalliques et que la soufflerie mécanique fut remplacée par une simple poire de caoutchouc et une vessie de même nature destinées à régulariser la pression de l'air.

L'appareil *Richardson* est actuellement le type bien connu tous ces appareils, qui ne diffèrent guère que par des mo-

) *Annales de la Société d'Hydrologie*, t. VIII.

) Moëller (*loc. cit.*)

difications de détail. L'une des plus importantes consiste dans la longueur et la direction du tube d'échappement qui varie suivant que la pulvérisation est destinée au pharynx, au larynx ou aux fosses nasales.

L'appareil de *Bergson*, *l'hydroconian*, repose sur un principe différent, mais ses efforts sont analogues. Le liquide, au lieu d'être refoulé vers le jet de gaz par la pression exercée par la pompe, est attiré vers lui par aspiration, en vertu de la raréfaction de l'air produite par le passage de ce dernier au-dessus de l'orifice d'échappement de l'eau. Cet appareil, fondé sur le même principe que les pulvérisateurs à vapeur, a reçu de *Winterich* une modification qui lui permet, grâce au parallélisme et à la contiguïté des deux tubes conducteurs du gaz et du liquide, de porter la pulvérisation dans des cavités profondes. Les instruments appartenant à ce second type sont moins sujets à s'engorger que ceux du genre précédent.

Tous les appareils de cette catégorie donnent à volonté la douche pulvérisée ou la pulvérisation simple, suivant que leur orifice est plus ou moins rapproché de la surface malade. Leur maniement simple et facile les rend précieux dans un grand nombre de circonstances. Ils ont, de plus, un avantage qui leur appartient presque exclusivement: celui de pouvoir porter profondément la pulvérisation, grâce aux dimensions et aux formes variées que l'on peut donner à leur tube d'échappement. Mais ils sont tous passibles de reproches d'une haute gravité:

En premier lieu, la pulvérisation produite par eux est fort grossière; il est facile de s'en assurer en examinant à la loupe ou même à l'œil nu les gouttelettes recueillies sur une étoffe de laine. Elle mouille les obstacles résistants au lieu de se réfléchir sur eux.

En second lieu, elles ont été accusées avec raison [par Soles-Girons en particulier (1)] *d'éventer* le médicament et par conséquent de ne pas convenir à l'emploi des eaux facilement al-

(1) *Annales de la Société d'Hydrologie*, t. VIII.

térables par l'oxygène. Ce reproche, il est vrai, est plus ou moins applicable à tous les procédés de pulvérisation quels qu'ils soient, mais les expériences entreprises par Reveil et par Filhol (1) et d'autres dans le but de mesurer l'altération produite n'ont pas permis de formuler de conclusions bien positives en faveur de tel ou tel procédé, car la différence des résultats obtenus paraît tenir beaucoup moins aux appareils eux mêmes qu'à la façon dont ils ont été employés. Il est évident, en effet, que ceux qui recueillent et utilisent l'eau projetée une ou plusieurs fois, doivent donner un produit plus altéré que ceux qui laissent perdre les déchets de la pulvérisation.

Enfin, la douche d'air nécessaire au fonctionnement de l'appareil abaisse notablement la température et produit un refroidissement dangereux. Bien que la saturation liquide rende moins pernicieux les effets de ce courant d'air, Sales-Girons n'a peut-être pas beaucoup exagéré ses dangers en comparant ses effets sur un organe malade « à ceux d'un souffle sur le charbon déjà allumé (2) ». Il est assez singulier que ce refroidissement qui impressionne très vivement les nerfs sentitifs semble peu concorder avec les observations thermométriques, qui n'indiqueraient, d'après les expériences citées par Moëller (3), et d'après nos propres expérimentations, qu'un abaissement de deux ou trois degrés au-dessous de la température de l'air ambiant.

Le chauffage du liquide ou du courant gazeux atténue ce défaut dans une certaine mesure; mais il n'est pas lui-même exempt d'autres inconvénients.

Pour ces raisons, malgré le jugement favorable porté par Reveil (4), nous pensons que les appareils à courant d'air ne doivent être appliqués à la pulvérisation des eaux minérales que dans les cas où les autres procédés ne peuvent pas être employés. Peut-être quelques restrictions devraient-elles être

(1) *Annales de la Société d'Hydrologie*, t. VIII et IV.

(2) *Ibid.* t., VIII.

(3) Moëller (*loc. cit.*)

(4) *Annales de la Société d'Hydrologie*, t. VIII.

faites en faveur des appareils dans lesquels le gaz carbonique est substitué à l'air atmosphérique. Mais on est trop peu fixé sur les effets des douches de ce gaz administré pur pour pouvoir juger la valeur du procédé mixte fondé sur son emploi. (Voir plus loin la description de l'appareil de Calmette et la figure.)

PULVÉRISATION PAR JET DE VAPEUR.

Nous nous garderons bien d'étendre aux appareils à jet de vapeur les reproches que nous avons adressés aux appareils à courant d'air, car la vapeur est un excellent véhicule, ainsi que

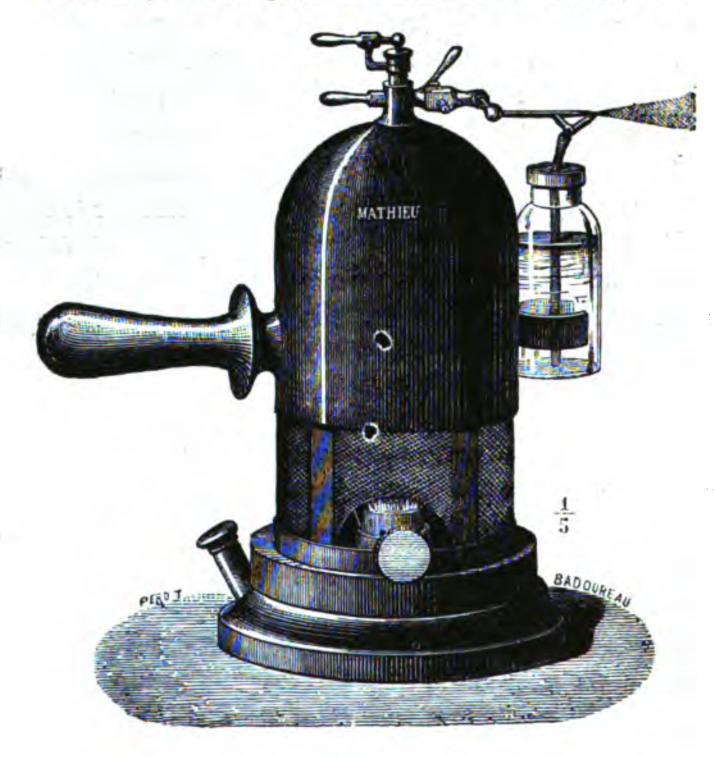


Fig. I.

Appareil deLis ter.

le constate le Dr Moëller dans l'intéressant travail que nous avons déjà cité. Le principe de ces appareils qui (comme ceux

de Lister, de Bürow, de Jool, de Pireyre (1), de Pissin et de Lucas-Championnière) se rapprochent tous plus ou moins de celui de Siegle (2), est bien connu: Un jet de vapeur parti d'une chaudière chauffée par l'alcool ou le gaz ou d'un géné-

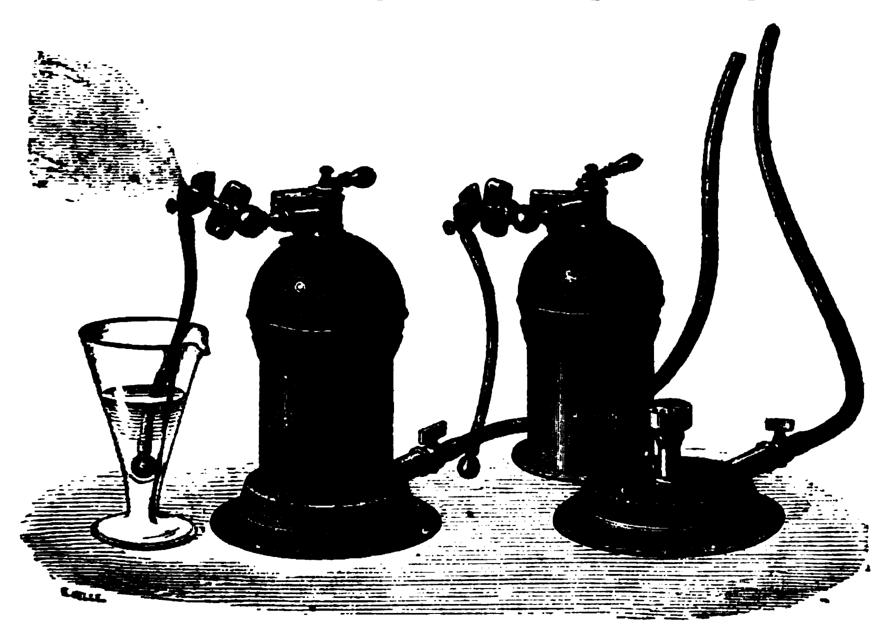


Fig. 2.
Appareils à vapeur chauffés par le gaz.

Entre deux séances de pulvérisation, la flamme peut être suffisamment baissée pour maintenir simplement le liquide à une température voisine de l'ébullition; il suffit alors d'un instant pour porter le liquide à la température nécessaire au fonctionnement de l'appareil.

rateur quelconque plus ou moins éloigné, rencontre à angle droit ou un peu aigu l'extrémité d'un autre tube plongeant dans l'eau minérale. Le vide, produit conformément à la théorie, appliquée par Giffard à l'alimentation des chaudières à vapeur, détermine une aspiration qui renouvelle sans cesse la

(1) Beni-Barde. *Dictionnaire pratique*, art. Pulvérisation.

(2) Siegle. *Die Behandlund der Hals-end Lungenleiden mit inhalationen*. Stuttgart, 1869.

goutte d'eau, que brise par sa rencontre, et chasse avec violence le jet de vapeur sorti du premier tube. Il en résulte une pulvérisation fine et abondante qui, projetée avec force au sortir de l'appareil, constitue, à une certaine distance, un simple bain d'eau finement pulvérisée. Dans l'appareil de Pissin, l'eau provenant, comme dans le pulvérisateur à acide carbonique de Calmette (voir la figure), d'un réservoir plus élevé que l'orifice d'échappement, arrive plus abondamment. Cette modification produit une pulvérisation plus épaisse, mais aussi plus grossière (1). La faible tension de la vapeur et la soupape de sûreté adaptée à ces appareils rendent presque illusoires les dangers d'explosion que l'on a reprochés à ce procédé.

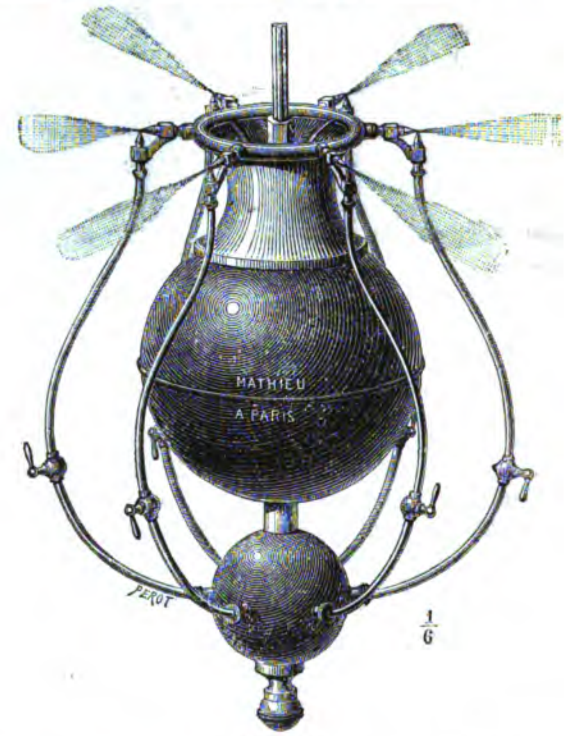


Fig. III.
Lustre pulvérisateur destiné aux salles d'inhalation

Néanmoins, nous ne nous dissimulons pas que l'on doit faire

(1) Moëller, *loc. cit.*

à cette méthode deux graves objections relatives, l'une au mélange inévitable d'une certaine quantité d'eau distillée avec l'eau minérale, l'autre à l'influence fâcheuse que doit exercer sur la composition de l'eau la température élevée du jet de vapeur.

La première est la moins sérieuse. L'adjonction à l'eau minérale d'une certaine quantité de liquide provenant de la condensation de l'eau de la chaudière ne peut pas exercer une action chimique défavorable. Si, surtout, on a soin de se servir d'eau minérale pour produire la vapeur, non seulement l'eau distillée qui en proviendra pourra conserver encore quelques principes volatilisables, mais au moins elle ne pourra pas agir défavorablement par le mélange d'éléments hétérogènes. Sa quantité, que l'on peut réduire au tiers ou même au quart du mélange total en augmentant la pression de la vapeur et en diminuant l'orifice d'échappement, abaisse sans doute d'autant le titre de l'eau minérale. Mais cet inconvénient est largement compensé par l'abondance beaucoup plus considérable de la pulvérisation obtenue par ce procédé.

Le second défaut est beaucoup plus grave et constitue, dans la majorité des cas, peut-être un vice irrémédiable, qui doit faire proscrire les appareils à vapeur toutes les fois qu'il s'agit d'eaux minérales présentant une médiocre stabilité et surtout une faible résistance à la chaleur.

Cependant, l'altération produite n'est peut-être pas aussi considérable qu'on pourrait le redouter au premier abord. D'une part, cette forte élévation de température est communiquée à l'eau minérale par un contact fort court et par un des procédés de caléfaction reconnus les moins préjudiciables à la composition des eaux; d'autre part, la suppression des causes d'altération de l'eau minérale par le contact des pièces métalliques, et la substitution de la vapeur d'eau à l'air, qui sert de véhicule aux particules liquides, produisent une certaine compensation.

Ainsi, si la proscription doit être étendue à un grand nombre d'eaux, elle ne doit pas être absolue. Mais il n'y a que

l'observation clinique qui puisse juger définitivement cette question.

En ce qui concerne les eaux de St-Christau, sur lesquelles nous avons fait porter nos expérimentations, les résultats nous ont paru très favorables à l'emploi de ce procédé, qui présente les avantages suivants :

1° L'appareil fonctionne seul, son mécanisme est des plus simples, il ne s'engorge pas et ne se détériore pas.

2° La finesse de la pulvérisation est très grande, surtout si la vapeur est à une pression relativement forte.

Le Dr Moëller considère cette méthode comme supérieure à ce point de vue à tous les autres procédés et la recommande en particulier pour l'inhalation. D'après nos mensurations, cette ténuité se rapprocherait beaucoup de celle que l'on obtient par une pulvérisation par brisement opérée dans de bonnes conditions, mais sans la dépasser ni même l'égaler.

3° Son abondance est beaucoup plus considérable que celle des autres appareils.

4° La température est mieux appropriée à la majorité des cas, avantage considérable, sur lequel ont insisté avec raison notre regretté collègue Château (1) et le Dr Moëller. Elle peut d'alleurs être modifiée à volonté en approchant ou en éloignant l'appareil.

L'adjonction d'un manchon métallique maintient facilement cette température à une distance où le jet a perdu sa force.

5° La force de projection, à peu près nulle à une certaine distance, est fort considérable à la sortie de l'appareil. Le procédé se prête donc également bien à la pulvérisation simple, externe ou interne et à la douche pulvérisée. Sous cette dernière forme, il est vrai, la pulvérisation ne peut être donnée froide. Mais cette douche chaude ou tiède, que l'on peut combiner sous forme de douche alternative avec d'autres variétés de douches données froides, nous paraît être d'une réelle utilité dans un grand nombre de circonstances.

(1) *Annales de la Société d'Hydrologie.*

Grâce à la force dont elle est animée, elle déterge admirablement les surfaces ulcérées, pénètre profondément dans l'épaisseur des croûtes dont elle détermine rapidement l'imbibition et la chute. De plus, elle établit évidemment un contact intime entre l'eau minérale et la surface malade et détermine sur cette dernière, lorsqu'elle est donnée de très près, une légère excitation que l'on peut utiliser dans quelques cas avec avantage. D'autre part, l'extrême ténuité de ses éléments et sa température élevée la font bien supporter par des surfaces malades peu tolérantes pour les autres modes de pulvérisation et surtout pour les autres douches pulvérisées.

Un grand nombre d'affections cutanées à forme ulcéreuse ou impétigineuse nous ont paru bénéficier particulièrement de ce traitement, qui est sans doute également applicable à la cure hydro-minérale des affections oculo-palpébrales. A ce dernier point de vue, cependant, nous ne pouvons guère avancer que la remarquable tolérance de ce genre de pulvérisation que nous n'avons pas encore osé substituer à des procédés dont le maniement nous était connu et l'efficacité démontrée. Peut-être aussi pourrait-on appliquer ce procédé avec avantage au traitement par la chaleur préconisé par le Dr Aubert (de Lyon) et expérimenté dans ces derniers temps par notre éminent collègue le Dr Martineau.

Les avantages dont nous parlons ne doivent pas surprendre, car la pulvérisation par la vapeur utilisée fréquemment dans les affections de la peau et des yeux donne de bons résultats même en se servant d'eau ordinaire. Ils ne prouveraient donc guère en faveur de l'application de ce procédé à la pulvérisation des eaux minérales si nous n'avions remarqué dans les effets observés des différences notables qui prouvent que l'action de l'eau minérale se surajoute et se substitue même à l'action mécanique du liquide pulvérisé.

Les effets des pulvérisations d'eau simple par la vapeur sont [illegible]n connus : employées journellement dans les hôpitaux, à [illegible]-Louis en particulier, on leur demande surtout une *action*

émolliente et détersive analogue à celle des bains et des cataplasmes.

Les phénomènes, que nous avons observés St-Christau, sont sensiblement différents. Donnée, même de loin, la pulvérisation détermine une *action excitante* spéciale qui, au lieu de modérer immédiatement les accidents inflammatoires à la manière des émollients, les réveille avant de les combattre. L'exacerbation des états aigus ou subaigus, la cicatrisation rapide des surfaces ulcérées, la prompte résolution d'engorgements inflammatoires chroniques (après, toutefois, une légère exacerbation), tels sont les principaux traits qui caractérisent cette pulvérisation faite avec l'eau de St-Christau. Ces effets, qui sont identiques à ceux que produisent les différents modes d'application de cette eau minérale, appartiennent donc en propre à cette dernière qui, par conséquent, n'est pas altérée (1).

La pulvérisation n'a donc fait que favoriser l'action du médicament. Elle n'agit d'une façon indépendante, mais synergique, qu'à la condition d'être donnée de très près. L'eau de St-Christau, il est vrai, est de celles qui doivent échapper le plus complètement aux causes d'altération, car sa stabilité éprouvée a permis à M. Tillot et à plusieurs médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris d'obtenir avec cette eau transportée des résultats thérapeutiques fort remarquables (1). Néanmoins elle n'est certes pas la seule qui puisse supporter une élévation notable de température, et sans parler des chlorurées, sulfatées, bicarbonatées arsenicales ou thermales simples, qui semblent plus particulièrement appropriées à l'emploi de ce procédé, nous savons que parmi les sulfureuses, il en est qui ne sont pas modifiées par ce genre de pulvérisation. M. le Dr Royet nous a assuré que les eaux de Challes en particulier n'étaient nullement altérées par les appareils à vapeur qui donneraient dans cette station d'excellents résultats.

A côté des appareils à jet de vapeur ou de gaz, nous devons

(1) Tillot, *Les Eaux ferro-cuivreuses de St-Christau envisagées au point de vue thérapeutique*. Paris, Delahaye, 1884.

(1) *Ibid.*

encore mentionner les deux genres suivants dans lesquels ce n'est plus l'air qui brise et lance la goutte d'eau, mais l'eau qui est projetée elle-même et vient se disséminer dans l'air ambiant.

Dans l'un, imaginé par *Sales-Girons*, les particules liquides sont lancées par la brusque détente des crins d'une brosse circulaire animée d'un vif mouvement de rotation (1).

Dans l'autre, inventé par *Luër* (2), l'eau est simplement projetée à travers un orifice capillaire par un appareil à forte pression mue par une vis et un volant. La pulvérisation se fait (suivant Reveil) *en vertu de la convergence des molécules* liquides au contact de l'air.

Le premier, imaginé en vue de l'inhalation, ne peut donner qu'une pulvérisation simple d'une finesse médiocre, qui ne peut dégénérer en douche diffuse qu'à la condition que les gouttelettes soient grosses et la distance très courte. Nous ne nous y arrêterons pas, car son usage s'est peu répandu, et on lui a reproché de tomber plus que les autres dans les défauts qu'il était censé éviter, l'altération de l'eau minérale en particulier (3).

Le pulvérisateur de *Luër* donne des résultats absolument inverses de ceux du précédent. C'est tout au plus s'il donne, à proprement parler, la pulvérisation, et nous sommes fort étonné que Réveil ait pu dire, en le présentant à la Société d'hydrologie, « qu'il poudroyait parfaitement les liquides (4) ».

La douche forte à jet capillaire qu'il produit ne se pulvérise qu'à une trop grande distance pour pouvoir être employée à titre de pulvérisation simple ; c'est tout au plus si l'on peut obtenir avec lui une véritable douche pulvérisée. La pulvérisation n'est souvent produite qu'après la rencontre de la surface malade sur laquelle vient se briser cette petite douche hydrothérapique. Notons néanmoins que, même sous cette forme, elle a

(1) *Annales de la Société d'Hydrologie*, t. VII.
(2) *Ibid.*, t. IX.
(3) Durant-Fardel. *Annales de la Société d'Hydrologie*, t. VII.
(4) *Annales de la Société d'Hydrologie*, t. IX.

pu donner de bons résultats dans des circonstances spéciales, à la condition d'être maniée avec prudence et discernement.

Plaçons encore à côté de ces appareils un autre type dont le principe diffère un peu plus encore des précédents : il s'agit d'un appareil dû également à *Luër* (1) et dans lequel l'eau est brisée par la rencontre de deux jets liquides convergents.

Modifié par *Cube* (2), il présente l'avantage de porter la pulvérisation, sous forme de douche, assez profondément dans les cavités ; mais la difficulté de son réglage et l'imperfection de la pulvérisation produite doivent le faire rejeter dans la majorité des cas.

PULVÉRISATION PAR BRISEMENT.

La pulvérisation produite par les appareils de la deuxième classe, c'est-à-dire celle qui résulte du brisement d'un jet capillaire contre une surface résistante est sans contredit la plus importante au point de vue de l'application de cette méthode aux eaux minérales, car on ne peut lui reprocher, comme à la première espèce, d'être mélangée d'une douche d'air, ni comme à la seconde d'altérer l'eau minérale par un excès de température. Quant au refroidissement de l'eau et à l'oxydation des principes minéralisateurs, ce sont deux inconvénients qui n'ont rien de spécial à ce procédé. Ils dépendent de causes complexes qui ont été étudiées sans que le problème ait reçu de solution définitive par Waldenbourg et Lewin à l'étranger(3), Lambron, Filhol, Réveil, Château (4) et Piétra-Santa en France (5).

La pulvérisation par brisement s'obtient par deux moyens principaux :

Tantôt le jet capillaire, dirigé directement vers la surface malade, rencontre sur son passage une toile métallique sur laquelle il se brise ; tantôt le jet, lancé contre une surface unie,

(1) Moëller (*loc. cit.*)

(2) Ibid.

(3) Waldenbourg et Lewin, cités par Moëller, (*loc. cit.*)

(4) *Annales de la Société d'Hydrologie*, t. VIII, IX et XVIII.

(5) Piétra-Santa. *La pulvérisaton aux Eaux-Bonnes, en* 1860.

n'est renvoyé sur l'organe malade qu'après une réflexion plus ou moins considérable.

Le premier genre ne comprend qu'une seule espèce, le tamis dont il est inutile de rappeler la disposition, et qui ne varie guère que par la finesse de ses mailles et par l'appareil qui lui fournit le jet. Il laisse passer la totalité du liquide sous la forme d'une gerbe très allongée. Ce procédé, qui n'est guère applicable qu'à la production de la douche pulvérisée, est loin d'être exempt de tout reproche, même lorsqu'il est administré sous cette forme. Quelle que soit la finesse de la toile métallique et la force de projection, la pulvérisation est incomplète et est mélangée d'une quantité variable, mais toujours trop grande, d'eau plus ou moins grossièrement fragmentée. Elle constitue, ainsi que l'ont fait observer très justement, dans une précédente séance, MM. Tillot et C. Paul, une douche pulvérisée additionnée d'une douche hydrothérapique. Il est facile de se rendre compte de l'inégalité des corpuscules en examinant les gouttelettes recueillies sur un morceau de drap noir. Ici le microscope n'est pas nécessaire, et l'œil armé ou non d'une simple loupe distingue facilement de grosses gouttelettes que l'on peut recueillir à une grande distance de l'appareil. L'observation clinique vient encore à l'appui de l'examen physique. Notre distingué maître M. C. Paul a remarqué que les effets dans les affections du pharyux étaient fort différents de ceux de la pulvérisation véritable, et M. Tillot a constaté que cette méthode était inapplicable dans les affections des yeux. Une simple expérience consistant à recevoir sur l'œil *la douche tamisée* démontre la justesse de cette critique. Il existe pourtant des degrés dans la fragmentation produite par ce procédé, qui n'est peut-être pas sans avantages dans quelques cas particuliers, sauf à changer sa dénomination contre celle de petite douche en pluie.

Indépendamment de la finesse du tamis, un jet d'une très ande force augmente notablement la division du liquide, i, au contraire, si la pression tombe complètement, se re-nstitue en jet unique de l'autre côté de la toile métallique.

Dans aucun cas, elle n'est assez fine pour rebondir contre les obstacles et se laisser diriger par des conducteurs organiques ou artificiels.

La pulvérisation la plus fine est celle qui résulte des brisement d'un jet capillaire contre une surface unie. Nous ne sommes pas d'accord sur ce point avec le Dr Moëller, qui considère cette dernière comme peu supérieure à la pulvérisation par courant d'air. Ce jugement demanderait au moins à être expliqué, car si, dans un beaucoup trop grand nombre de cas, cette assertion se trouve justifiée, ce fait doit être attribué aux conditions défectueuses dans lesquelles la pulvérisation est administrée, ou bien à des circonstances spéciales qui peuvent faire rechercher quelquefois une fragmentation grossière. La vérité est que cette méthode permet d'obtenir à volonté, suivant la disposition de l'appareil, les trois degrés de la pulvérisation distingués par Sales-Girons (1), et en particulier ce fin brouillard comparable à une véritable fumée, qui constitue le mode le plus stable de la pulvérisation. Dans ce dernier cas les éléments liquides présentent encore une certaine inégalité, mais les plus gros ne dépassent pas ceux qui proviennent des appareils à vapeur, et il en est d'autres qui sont d'une extrême petitesse.

La finesse de la pulvérisation dépend de quatre conditions essentielles : 1° la force de projection du jet ; 2° sa finesse ; 3° son angle d'incidence ; 4° la forme de la surface frappée.

La première condition, qui est sans contredit la plus importante, puisqu'elle peut, dans une certaine mesure, suppléer à l'insuffisance des autres, est généralement assez bien réalisée par les nombreux appareils imaginés pour la produire. Toute espèce de pompe foulante, pouvant donner une pression de 5 à 10 atmosphères remplit convenablement le but que l'on se propose. Quant à la forme, au volume, aux détails et même au principe de ces instruments, ils présentent de nombreuses différences.

(1) *Annales de la Société d'Hydrologie*, t. III.

Un appareil de *Sales-Girons* (1), qui peut servir de type à plusieurs d'entre eux, se compose d'une simple pompe à air placée au-dessus d'un réservoir incomplètement rempli du liquide à pulvériser. La pression lui est transmise par l'intermédiaire d'une couche d'air comprimé qui rend la pression à peu près constante. L'appareil du Dr Levin n'en diffère guère que par le volume et par la nature des parois, qui sont en verre.

Dans celui de *Fournié* (de l'Aude), (2), destiné plutôt aux



FIG. IV.

Appareil de de Laurès et Mathieu.

AT : Levier.— B : Corps de pompe. — C: Réservoir de verre.— DH : Robinet à ouverture variable. — E : Tambour ou capuchon contre lequel le jet se brise. — F : Tube ramenant dans le réservoir le liquide non pulvérisé.

(1) *Annales de la Société d'Hydrologie*, t. V.

(2) Académie des Sciences, 15 juillet 1851.

médicaments pharmaceutiques, le réservoir est divisé en deux parties communiquant au robinet. L'une, en métal, contient l'air comprimé à l'avance, l'autre en verre, renferme le liquide.

Dans les autres la pompe agit directement sur le liquide. Celui *de Laurès et Mathieu* (1), remarquable par sa simplicité, permet d'obtenir une pression considérable, grâce au levier dont il est pourvu. Ce fut la force du jet produit par cet appareil qui suggéra à de Laurès l'idée de l'aquapuncture. Le réservoir de verre évite en outre le contact prolongé du métal avec l'eau minérale.

Un des appareils de Sales-Girons (2) repose aussi sur le même principe. Son principal mérite réside surtout dans sa simplicité.

Un appareil encore moins compliqué est celui de Waldenbourg (3), simple pompe aspirante et foulante, dont le tube aspirateur plonge dans un réservoir quelconque. Les grands appareils, ou appareils fixes, présentent généralement quelques modifications spécifiées plus loin.

Une autre série d'appareils est munie d'un réservoir d'air, qui permet à ce gaz, comprimé cette fois par le liquide, de réagir à son tour sur ce dernier d'une manière continue et de régulariser le jet. De ce nombre est un autre appareil de Mathieu (4), où l'eau, refoulée de bas en haut dans un réservoir d'air séparé, s'échappe au sommet de ce dernier au moyen d'un tube plongeant par son extrémité inférieure au-dessous du niveau de l'eau.

L'appareil à crémaillère imaginé par M. Tillot (5) est fondé sur le même principe. Il présente l'avantage de réunir sous un très petit volume le réservoir d'air et le corps de pompe situé au centre de ce dernier. Sa solidité, sa puissance et la facilité de son maniement lui permettent de figurer dans une salle de pulvérisation à côté des grands appareils qu'il peut suppléer

(1) Béni-Barde. *Dict. de médecine et de chir. prat.* Art. Pulvérisation.
(2) *Ibid.* Art. Inhalation.
(3) Moëller. *Loc. cit.*
(4) Béni Barde. *Loc. cit.*
(5) Tillot. *Les eaux fero-cuivreuses de St-Christau.*

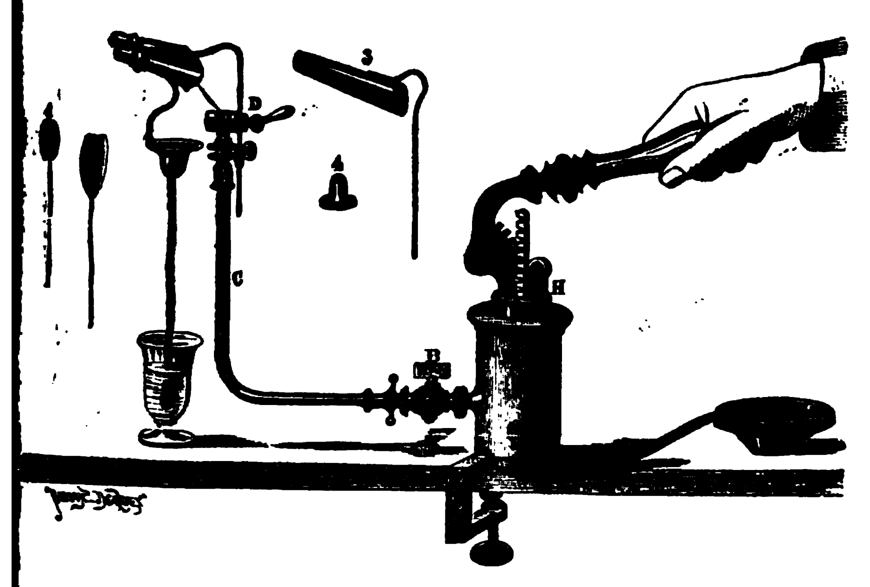


FIG. V.

Pulvérisateur à crémaillère du Dr Tillet.

A : Cylindre extérieur formant un réservoir d'air en dedans duquel est placé le corps de pompe H dont le piston est mû par un levier à crémaillère. — P : Presse fixatrice de l'appareil. — C : Tube flexible en étain. — D : Robinet de Sales-Girons. — B : Robinet intermédiaire. — 1. Tamis. — 2. Palette de Lambron. — 3. Speculum pulvérisateur des fosses nasales (du docteur Tillot). — 4. Bouton filiforme.

lorsque ceux-ci ne sont pas en activité. D'autre part, son petit volume le rend précieux lorsque la pulvérisation doit être administrée en dehors de la salle commune, lorsque, par exemple, les malades désirent ne pas découvrir leur lésion en public. Cet appareil, usité depuis plus de dix ans à St-Christau, y figurera donc encore longtemps au moins à titre auxiliaire.

Au même groupe appartient l'appareil de Fauvel (1), mais avec cette modification que le réservoir d'air est constitué par une sphère de caoutchouc gonflée d'air. Ce gaz, comprimé à travers la membrane imperméable, n'est pas directement en contact avec le liquide, ce qui peut être un avantage sérieux lorsqu'il s'agit d'eaux facilement altérables par l'oxygène.

(1) Béni-Barde. *Dictionnaire pratique*, art. Pulvérisation.

La continuité du jet peut être réalisée par d'autres moyens. On l'obtient avec l'appareil de Luër modifié par M. Tillot (1),

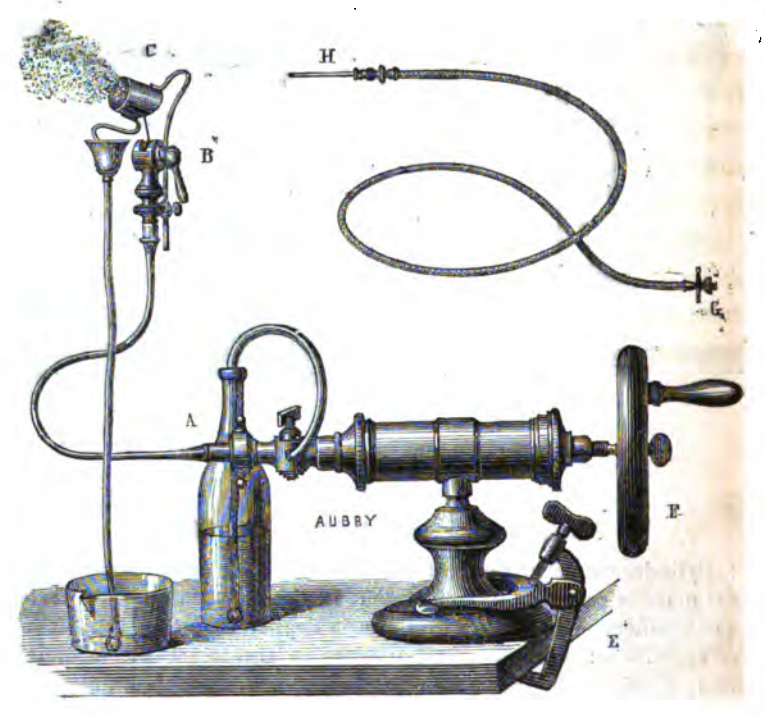


Fig. VI.
Appareil à pulvérisation oculaire du Dr Tillot.

F : Volant mû par une manivelle dont le mouvement circulaire fait progresser lentement, mais avec une grande force, la vis qui pousse le piston contenu dans le corps de pompe horizontal. Le robinet à deux voies qui commande le tube de sortie et le tube d'alimentation dirige le liquide tantôt vers le corps de pompe, tantôt vers le robinet à rainure B.

mais pendant un temps limité. Le volant et la vis qui font progresser le piston transmettent à ce dernier une assez grande force pour permettre d'augmenter notablement sa surface, et par conséquent d'accroître considérablement la capacité du cylindre dans lequel il se meut. Celui-ci sert donc en même temps de réservoir. Il se recharge d'ailleurs assez facilement.

(1) Tillot (*loc. cit.*)

grâce au robinet à deux voies et au tube d'aspiration qui lui ont été ajoutés.

La facilité avec laquelle on peut graduer ses effets le rend précieux dans la pulvérisation appliquée aux affections des yeux. Dans ce traitement il rend encore des services comme pompe à injection dans les voies lacrymales. Il présente en outre les avantages d'une grande puissance et d'une extrême simplicité.

Quant aux appareils de grande dimension destinés à alimenter les becs de toute une salle de pulvérisation, c'est généralement par le luxe des corps de pompe qu'ils produisent la continuité du jet. Qu'ils soient mis en jeu par la force musculaire

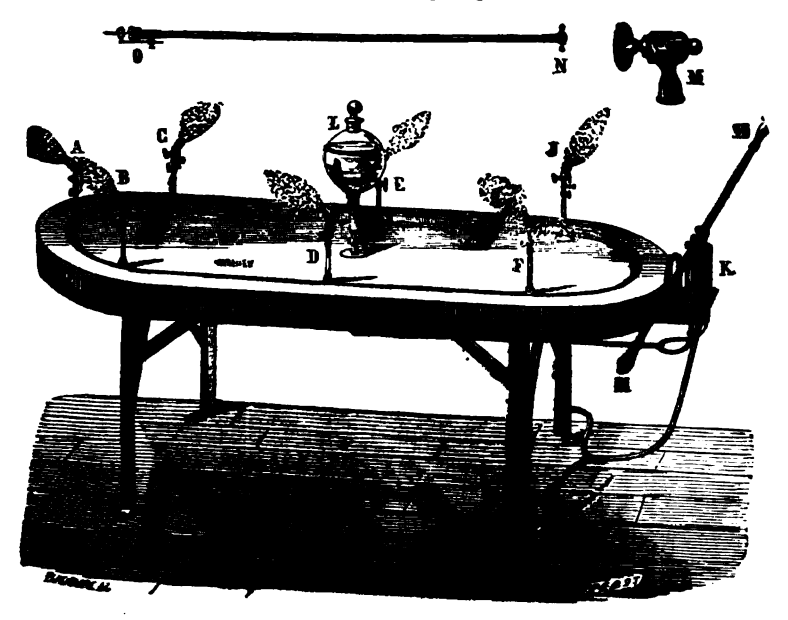


Fig. VII.

A B C D E F G : Becs isolés alimentés par la pompe à double corps (K). Celle-ci est mue par un levier double (H).

L : réservoir commun.

M : robinet à rainure de Mathieu.

... plaque mobile échancrée appliquée latéralement sur la surface de section où est tracée la rainure, dont le fond donne accès au liquide, s'avance plus ou moins sur cette dernière et règle son degré d'ouverture.

ou par la vapeur, ils ne diffèrent guère par leur mécanisme. Ils se composent généralement de plusieurs corps de pompe accouplés et disposés de telle sorte que lorsqu'un piston est arrivé à l'extrémité de sa course, l'autre ne fait que commencer à agir. Tantôt, c'est un simple levier à mouvement alternatif qui transmet directement la force au piston ; tantôt c'est un axe animé d'un mouvement circulaire continu, qui, par un système quelconque d'excentriques, la leur transmet sous la forme de mouvement rectiligne alternatif.

Un appareil de ce genre, composé de quatre corps de pompe, ne présente jamais de *point mort* et par conséquent ne laisse guère à désirer.

Il est à remarquer que dans les grands appareils nouvel-

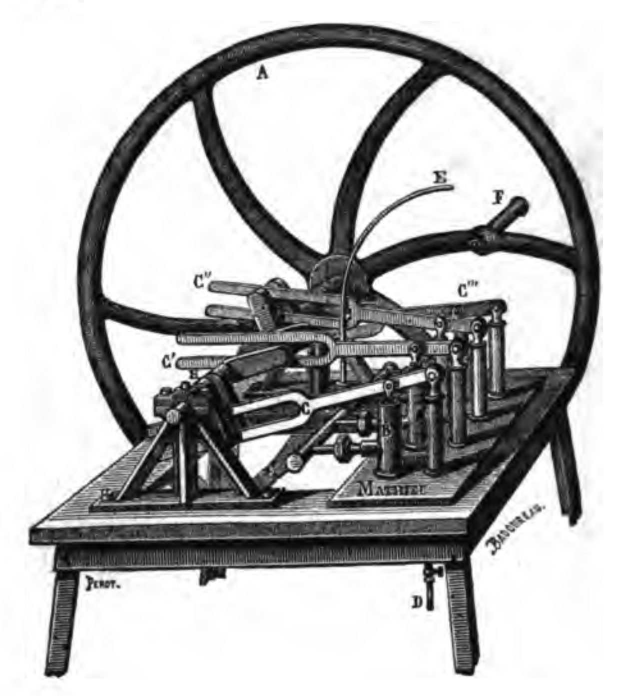


Fig. VIII

A : Volant mettant en mouvement un essieu coudé (H) qui transmet aux leviers C C' C'' C''', sous forme de mouvement alternatif, le mouvement circulaire de l'arbre de rotation.

B : L'un des quatre corps de pompe commandés par les leviers.

lement construits, le réservoir d'air paraît soigneusement évité. Ce scrupule semble légitime lorsqu'il s'agit d'eaux très facilement altérables, mais dans les autres cas, la présence de ce réservoir n'aurait pas d'inconvénient sérieux, simplifierait l'appareil et dispenserait, si sa capacité était suffisante, de la nécessité d'avoir constamment une ou plusieurs personnes exclusivement occupées par le service de la pompe.

C'est précisément pour s'affranchir de la nécessité de ce travail mécanique, imposé dans certaines circonstances au médecin lui-même, que l'on a cherché à produire la pression par d'autres moyens.

Nous ne parlons pas de la vapeur, dont le mode d'application ne présente ici rien de spécial et qui remplace simplement, dans les grands appareils, le bras du manœuvre devenu insuffisant. Un moteur beaucoup plus simple, dont la force se transmet au liquide sans mécanisme intermédiaire, peut facilement être mis en œuvre. La production facile et instantanée de l'acide carbonique l'ont fait utiliser dans ce but de plus d'une manière. C'est ainsi que l'appareil de Calmette est cons-

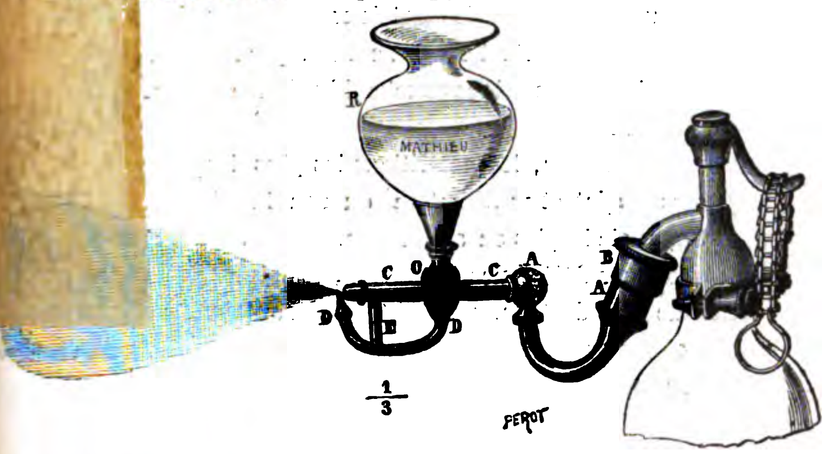


FIG. IX.
lvérisateur à gaz carbonique (Calmette).
3 : Ajutage adapté au bec d'un syphon. — C : Tube d'échappenent. — R : Réservoir. — D : Tube d'écoulement de ce dernier.

ıé essentiellement par un syphon d'eau de Seltz dont le jet,

rendu capillaire, poudroie et entraîne le liquide médicamenteux qui s'écoule d'un réservoir R situé au-dessus de lui, par un tube D présentant une disposition analogue à celle des pulvérisateurs à vapeur. Ce procédé, complexe par son mécanisme, ne peut également s'appliquer qu'à une médication rendue mixte par suite de l'adjonction de l'acide carbonique à l'eau minérale pulvérisée ; mais le même principe a été déjà utilisé et pourrait l'être de nouveau à la condition de séparer la solution gazeuse à pulvériser. Jourdanet (1) a résolu ce problème en séparant les deux hémisphères d'un globe de cuivre par un diaphragme en caoutchouc.

Cette membrane interposée entre l'eau minérale et l'eau ordinaire vient comprimer la première, dès que la cartouche contenant la base et l'acide est introduite dans la seconde. Nous sommes étonné que cet appareil, qui pouvait donner une pression de *dix atmosphères*, qui supprimait le contact de l'air, et qui pouvait être facilement perfectionné, ne se soit pas plus répandu. On arriverait peut-être plus facilement aux mêmes résultats en plaçant les deux liquides dans deux réservoirs différents réunis à leur partie supérieure par un tube flexible, et en préservant du contact du gaz carbonique l'eau minérale par l'interposition d'une mince couche d'huile étendue à la surface de cette dernière.

Après la pression, les conditions les plus importantes sont la *finesse du jet* et *sa direction* ou son incidence. Ces deux conditions, si simples en apparence, ne sont pas, ainsi que l'a fait remarquer déjà Jules Girons (1), les plus faciles à réaliser. « Rien de plus difficile, a-t-il dit, que d'obtenir des jets de liquide, continus, unis, directs, capillaires et avec la même direction, prompts à se dégorger s'il y a lieu, capillaires enfin. » Le nombre des procédés en usage atteste que ce but n'a pas été suffisamment atteint.

(1) *Annales de la Société d'Hydrologie*, t. VIII, p. 68.

(*A suivre.*)

Le Gérant : Dr A. Lutaud.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

4e Année. — T. VII. N° 5 2 Aout 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ORGANISATION DE LA MÉDECINE PUBLIQUE EN FRANCE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LE CHOLÉRA.

Nous publions l'exposé des motifs de la proposition de loi présentée par M. Liouville à la Chambre des Députés. Nous sommes heureux de féliciter l'honorable médecin des hôpitaux pour son initiative et pour le zèle qu'il apporte à défendre devant les pouvoirs publics les intérêts de l'hygiène et de la science; nous sommes d'autant plus heureux de signaler cette circons-

FEUILLETON

LA TÊTE DE CAMPI.

L'assassin de la rue du Regard, l'impénétrable Campi, a été exécuté dernièrement. On se rappelle l'émotion et la curiosité qui se sont emparées du public à l'occasion de ce mystérieux procès, où la justice n'est jamais parvenue à connaître le nom *véritable* du meurtrier.

M. le Dr J. V. Laborde a publié dans la *Revue scientifique* une intéressante étude qui est le résultat de ses recherches expérimentales sur la tête et le corps de Campi.

Ce n'est qu'une heure et demie environ après l'exécution que les expériences purent commencer. Exécuté le 30 avril à quatre heures quarante minutes du matin, le corps de Campi fut transporté, suivant une habitude singulière, à la porte du cimetière pour y simuler l'inhumation, puis ramené à six heures au laboratoire de la rue Vauquelin, où se trouvaient M. Laborde, M. Gley, son aide-préparateur, et un certain nombre de notabilités scientifiques.

La section avait été nettement tracée par le couperet de la

tance, qu'un des directeurs du *Journal de Médecine de Paris*, M. Gallard, a déjà traité cette importante question dans un rapport présenté au Comité Consultatif d'Hygiène publique (séance du 24 avril 1884).

Voici l'exposé des motifs de la proposition de M. Henry Liouville :

« La proposition que nous soumettons à la Chambre et qui tend à l'organisation d'une Direction de la santé publique, n'est pas nouvelle.

Elle n'est pas née des circonstances actuelles ; mais celles-ci en justifient suffisamment la présentation, ainsi que la demande que nous faisons de son renvoi d'urgence, à une commission spéciale récemment nommée.

Le principe de la nécessité d'une *réunion* en un *centre commun* des services qui touchent à l'hygiène, à la salubrité et même à l'assistance, en général, a été déjà formulé devant le Parlement il y a quatre ans (1880) dans un rapport sur le

---

guillotine ; oblique d'arrière en avant, elle passait par le milieu de la troisième vertèbre cervicale, séparant en deux le larynx immédiatement au-dessous des cordes vocales inférieures.

L'examen des organes donna lieu à plusieurs remarques intéressantes. Le cœur était dans un état particulièrement remarquable ; la contraction spasmodique suprême avait été si violente et si brusque, que l'organe s'était crispé sur lui-même ; la surface en était profondément ridée et les cavités ventriculaires étaient complètement effacées ; l'organe tout entier ne contenait plus une goutte de sang. A l'exception d'une certaine disposition à l'hypertrophie, le cœur n'était le siège d'aucune lésion organique. Malgré des tentatives réitérées d'excitation, il resta inerte ; le spasme final avait épuisé toute sa sensibilité.

Les poumons présentaient des lésions assez graves.

Ils étaient le siège d'un emphysème étendu et le tissu était atteint d'un anthracosis qui donnait à la surface des poumons l'aspect singulier d'une mosaïque noirâtre.

Les résultats complets de l'étude du cerveau ne seront connus qu'un peu plus tard ; cet organe a été remis, avec le crâne

budget du Ministère de l'Intérieur, qui fut favorablement accueilli.

Renouvelée l'année suivante (1881) dans les mêmes conditions, cette idée de réformes à exécuter, dans une partie de l'administration, a été également bien acceptée.

Malheureusement, l'application ne put se faire à ce moment. Toutefois, l'attention de la Chambre se porta encore sur cette question toujours digne d'intérêt : lors de la discussion du budget pour 1883 il fut fait par le Ministre du Commerce et par le Ministre de l'Intérieur des déclarations formelles en faveur de la nécessité d'arriver à une entente pour la réorganisation des services d'hygiène et de salubrité, disséminés dans des Ministères différents.

Chacun reconnaissait la nécessité de prendre des résolutions décisives sur les améliorations exigées par les progrès de l'hygiène moderne : on sentait qu'il y avait utilité à donner une plus grande cohésion, une force d'exécution plus rapide et

---

et le squelette, au laboratoire de l'école d'anthropologie et fera l'objet d'un mémoire anthropologique complet.

Disons toutefois que le poids exact du crâne est de 1,357 grammes, ce qui correspond à la moyenne ordinaire.

Enfin, pour terminer cette description générale, Campi était de taille haute et bien proportionnée, 1 mètre 76 environ ; les expérimentateurs lui assignent pour âge trente-deux ans environ ; ils n'ont trouvé sur aucun point du corps une trace quelconque de tatouage.

Plusieurs remarques d'un réel intérêt scientifique résultent des expériences.

M. Laborde a procédé d'abord à la transfusion du sang. Le bout céphalique de la carotide droite de Campi fut relié par une canule en caoutchouc au bout cardiaque de la carotide d'un chien vigoureux. La tête étant maintenue droite sur la table d'expérimentation, la pince d'arrêt placée sur l'artère du chien fut enlevée et le sang lancé dans la tête du supplicié ; au bout d'une minute, on vit la peau de la face passer de la lividité cadavérique à la coloration ordinaire ; le front et les pommettes rougirent, les lèvres se gonflèrent, et les paupières, qui étaient jusque-là restées à demi-dilatées, s'abaissèrent lente-

plus complète à tout ce que réclame la santé publique et à centraliser avec une seule responsabilité, les efforts et les ressources.

Nous ne croyons pas nécessaire de rappeler tous les incidents du grand mouvement, qui s'est produit, en dehors du Parlement — sur cette importante question.

Nous devons cependant citer et pour en rendre hommage à son puissant génie, l'opinion du savant Littré, que le concours avait nommé interne des Hôpitaux de Paris, et qui s'occupa toute sa vie d'hygiène, en homme de science et en citoyen passionné d'humanité et de solidarité.

Or, dans ses admirables études, en des termes empreints d'une énergique conviction, Littré a très souvent réclamé l'organisation que nous poursuivons; il la souhaitait même, sous la forme d'un Ministère de la santé publique, comme cette institution fonctionne du reste dans d'autres pays.

Ici nous différons de lui, dans l'intérêt même du succès de

---

ment. Quand la tranfusion fut suffisante, on fit passer sur la face quelques courants électriques qui déterminèrent des contractions très appréciables.

Malheureusement un temps trop long s'était écoulé depuis l'exécution et les tentatives d'excitabilité de la substance cérébrale, dans le but de provoquer des mouvements de la part des organes sensoriels, restèrent sans résultat.

Un autre fait très intéressant a été constaté ; il porte sur un point qui a donné lieu récemment à de vives discussions à l'Académie de médecine : il s'agit des mouvements du cerveau. M. Laborde a pu remarquer que la tête étant placée verticalement et dans la position normale, il existait entre la surface de la substance cérébrale et la paroi interne de la boîte crânienne un espace d'au moins 5 millimètres. En inclinant la tête dans le sens contraire, de manière à ce que le sommet fût tourné vers la terre, on vit la surface nerveuse se rapprocher, jusqu'à la toucher, de la surface osseuse. Cette constatation constituerait, d'après M. Laborde, un argument sérieux en faveur de la théorie de M. Luys sur la locomotion de la masse encéphalique.

Une dernière expérience, qui a porté sur les muscles inter-

l'amélioration recherchée, car on pourrait craindre qu'en portant ce titre, le *Ministère*, livré aux hasards et aux fluctuations de la vie parlementaire, soit trop souvent en butte aux luttes des partis.

De plus, il entraînerait des dépenses qu'on doit éviter. Car, nous estimons que la réorganisation peut se faire sans imposer au pays des charges nouvelles : les crédits déjà ouverts au budget annuel pour les dépenses des différents services d'hygiène et de salubrité pouvant être affectés à la nouvelle direction.

Ce qu'il importe de posséder enfin, c'est l'organisation elle-même, de quelque nom qu'on la décore, sans luxe déplacé, et ceux qui recherchent pratiquement cette amélioration, lui préféreront la condition plus modeste, mais plus utile de *Direction de la santé publique*.

C'est sous cette dénomination et avec des attributs très nettement indiqués, que cette réforme a été demandée dans les dif-

---

costaux, a permis à M. Laborde d'apporter un élément presque décisif à une longue controverse médicale : on sait que la science hésitait sur le point de savoir quels étaient les muscles inspirateurs et les muscles expirateurs. Après avoir mis à nu les muscles intercostaux internes et externes, M. Laborde a lancé sur leurs attaches les courants électriques ; il a observé alors que chaque excitation électrique des muscles intercostaux internes et par conséquent chaque contraction musculaire de ces muscles déterminait l'abaissement des côtes supérieures vers les inférieures, tandis qu'elle amenait l'élévation des muscles intercostaux externes. M. Laborde en conclut que les muscles externes servent à l'inspiration et les muscles internes à l'expiration.

En terminant sa curieuse étude, M. Laborde regrette que de semblables expériences ne puissent avoir lieu aussitôt après l'exécution, parce qu'elles seraient décisives et justifieraient sans doute la parole de M. Brown-Sequard « que si un physiologiste tentait ces expériences sur la tête d'un supplicié quelques instants après la mort, il assisterait peut-être à un grand et terrible spectacle ».

férents Congrés internationaux d'hygiène, où la France était représentée ; dans les discussions et les publications des académies, du comité consultatif d'hygiène publique de France, des Sociétés de médecine publique, d'hygiène professionnelle, par les Conseils des villes qui ont souci de la salubrité et par les organes de la presse politique et médicale.

Enfin, elle fait l'objet d'un certain nombre de vœux dans les dépositions de l'enquête ouverte par la Chambre sur la situation des ouvriers de l'industrie et de l'agriculture.

On le voit ainsi, depuis longtemps, elle est attendue et espérée des pouvoirs publics.

Nous croyons donc que la proposition que nous avons l'honneur de vous soumettre répond, non seulement à d'anciennes et justes réclamations, mais à une nécessité d'autant plus impérieuse que l'attention publique est préoccupée à cette heure de ce qui a été fait et de ce qu'on peut faire pour la santé publique, dans un intérêt général.

C'est avec confiance que nous demandons à la Chambre d'accueillir les résolutions suivantes :

Article premier. — Les divers services intérieurs d'hygiène et de salubrité publiques, actuellement répartis entre différents ministères, seront réunis dans une même Direction.

Art. 2. — Un règlement d'administration publique déterminera le ministère auquel cette Direction sera rattachée, ainsi que l organisation du personnel.

Art. 3. — Le Gouvernement devra présenter, dans le plus bref délai, un projet de loi réglementant les mesures ordinaires d'hygiène et de salubrité publiques, ainsi que les mesures spéciales à prendre en cas d'épidémie.

A l'Académie la séance a été bonne, et c'est avec la plus grande satisfaction que nos honorables ont écouté l'excellent discours de M. E. Besnier qui contient des conclusions véritablement utiles et pratiques.



REVUE CLINIQUE

UNE RÉPONSE AU Dr KOCH SUR LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DU CHOLÉRA (1)

Par le Dr DELTHIL, vice-président de la *Société de Médecine pratique* de Paris.

Messieurs,

Vous avez certainement lu dans les journaux une conversation qu'aurait eu M. le Docteur Koch, envoyé officiellement par le gouvernement allemand pour étudier sur place l'épidémie cholérique qui ravage en ce moment Toulon et Marseille.

Le médecin allemand reconnaît dans cette affection, après du reste MM. Proust et Brouardel, le choléra asiatique dont la *nature* parasitaire est universellement admise et confirmée encore aujourd'hui par les recherches de MM. Strauss et Roux.

Suivant M. Koch, les microbes agents actifs de l'épidémie ne peuvent se transmettre que par les déjections ou par du linge *humide* contenant ces ferments; pour lui, le danger réside uniquement dans les intestins, où l'on ne peut, dit-il, les atteindre par les fumigations en usage (2). Semant ainsi le doute dans le public, il essaie, sans rien mettre à la place, de faire rejeter de la thérapeutique tout procédé de fumigations soit prophylactiques, soit curatifs, que, quant à moi, je tiens pour héroïques.

Permettez-moi, Messieurs, d'attirer votre attention sur ce point en vous rappelant les résultats prophylactiques et curatifs que j'ai obtenus, précisément par des fumigations d'essence de thérébenthine et de goudron de gaz dans des cas ayant avec l'affection cholérique cette analogie qu'il s'agissait d'une maladie également parasitaire : la diphthérie.

Dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de lire en séance pu-

(1) Mémoire présenté et lu à la Société de Médecine pratique de Paris, 17 juillet 1884.

(2) La plupart de ces fumigations sont tirées du Traité de Guyton Morveau (1802) et de Rapou (1823).

blique de l'Académie de Médecine, le 25 mars dernier (1), je disais déjà (page 14) :

« Je ne suis point éloigné de croire que toute affection ayant « pour origine ou cause la présence de micro-organismes dans « les tissus de l'économie pourrait être heureusement combattue « par le même moyen que je tiens comme parasiticide général « et absolu. »

Et j'ajoutai :

« Je me propose, si l'occasion s'en représente, de l'essayer chez « les cholériques. »

J'étais loin de prévoir alors que malheureusement l'occasion d'expérimenter ce mode de traitement sur le choléra était sur le point de se présenter.

Si j'avais encore besoin de démontrer l'action parasiticide des fumigations contenant des essences empyreumatiques et de prouver leurs propriétés neutralisantes des fermentations, il me suffirait de vous rappeler les fumigations industrielles pour la conservation de certains produits alimentaires ; c'est, en effet, de tous les procédés antiseptiques incontestablement le meilleur.

Y a-t-il une matière organique plus putrescible que le hareng, et cependant les fumigations en assurent la conservation pendant un temps indéterminé, et le jambon fumé ne se conserve-t-il pas d'une année à l'autre, imprégné qu'il est dans toute sa masse charnue et épaisse par les carbures ?

J'ai cru devoir citer ces exemples malgré leur vulgarité parce qu'ils confirment l'arrêt des fermentations par les propriétés destructives des carbures sur les micro-organismes, et peu de questions intéressent à un tel degré l'hygiène publique et privée, l'administrateur et le médecin.

Certes, le docteur Koch pouvait incriminer les fumigations employées jusqu'ici, parce qu'elles produisent des gaz non respirables et toxiques pour les individus, telles que celles de cinnabre, d'acides sulfureux et nitreux, de sublimé corrosif, etc., voire même l'emploi de l'acide phénique qui, abaissant la température, doit être proscrit chez les cholériques dont l'algidité est un des plus graves symptômes ; mais il est allé trop loin en

(1) ...*un traitement spécifique de la diphthérie* par la combustion d'un ...ge de goudron de gaz et d'essence de thérébentine (mars 1884). ...veryns et Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

les proscrivant d'une façon générale. En effet, les fumigations d'essence de térébenthine et de goudron de gaz que j'ai proposées contre la diphthérie ont été expérimentées depuis 5 mois tant par moi que par nombre de mes confrères sans qu'aucun fait d'intoxication, ni même de suffocation, se soit produit sur mes malades ou sur ceux qui les approchent.

Ce qui réfute, il me semble, d'une façon formelle sur ce point l'opinion du Docteur Koch.

Ai-je besoin de rappeler que le rôle ziméticide de la térébenthine est généralement tenu pour certain ; il suffirait au besoin, pour en démontrer encore la valeur à ce point de vue, de citer son action contre les vers intestinaux d'abord, et de rappeler qu'il y a longtemps que Durande l'avait employée avec le plus grand succès dans ce que l'on appelait alors la péritonite puerpérale, avant même que cette affection désignée aujourd'hui sous le nom de septicémie puerpérale ne soit reconnue comme parasitaire ; l'on peut même s'étonner que ce moyen parasiticide si héroïque ait été abandonné après des expériences empiriques si concluantes.

Permettez-moi, dans le même ordre d'idées, de vous signaler en passant les résultats que j'ai obtenus par des inhalations avec de l'éther goudronné et des évaporations de térébenthine au bain-marie sur des malades atteints d'affections chroniques de la vessie avec fermentations ammoniacales, décélant la présence de micro-organismes dans cette cavité. Sous l'influence de ce traitement, j'ai vu céder les accidents et l'urine perdre sa fétidité alors que des lavages directs au moyen d'une solution d'acide borique semblaient ne plus avoir d'efficacité.

Poursuivant les mêmes recherches sur l'action des carbures dans l'organisme, je lis dans M. le professeur Bouchardat :

« Parmi les essences qui sont prescrites comme parasiticides,
« je citerai surtout l'essence de térébenthine ; c'est un remède
« inoffensif qui pourra rendre de grands services quand les ef-
« fets parasiticides qu'on peut en obtenir seront mieux étudiés. »

Et parlant d'un homologue, il dit :

« L'essence de cajeput a été fort employée lors de la première invasion du choléra en Europe et depuis lors peut-être trop négligée. Prescrite sous forme de perles qu'on donnerait sui-

« vant l'effet obtenu, elle pourra contribuer à réchauffer le ma-
« lade et agir comme parasiticide. »

J'ajouterai encore, pour démontrer les propriétés antifermentescibles de cette essence qu'elle a été employée avec succès pour assurer la conservation des pièces anatomiques et qu'elle est utilisée avec avantage pour les pansements antiseptiques.

Ainsi que vous le savez, Messieurs, la térébenthine est essentiellement assimilable comme le démontre l'odeur de violette qu'elle transmet à l'urine des peintres, et je signalerai à l'appui de ce fait cette observation de ma pratique personnelle : sous l'influence des fumigations de cette essence, l'urine de mes diphthéritiques prend également avec rapidité cette odeur caractéristique démontrant ainsi qu'elle traverse toute l'économie, avant d'en être soustraite par le filtre naturel, les reins, et qu'elle joue son rôle de parasiticide dans tout l'organisme en enrayant les fermentations nocives ; ce qui répond, je crois, à la seconde affirmation du docteur allemand *qu'il est impossible d'atteindre le microbe dans les intestins des cholériques*, où, comme nous l'avons vu, il se localise.

Il est à remarquer aussi que le charbon de la combustion entraîné dans l'économie doit y jouer son rôle antiseptique désinfectant et absorbant, et que cette combustion du mélange de goudron de gaz et d'essence de térébenthine élevant rapidement et d'une façon très sensible la température de la pièce, contribue en outre à réchauffer le malade et à favoriser l'absorption.

Le docteur Mâreau cite des observations très curieuses dont voici l'analyse :

Sous l'influence de l'essence de térébenthine administrée à un lapin, il a vu l'urée éliminée augmenter considérablement, tandis que, d'autre part, la température s'élevait ; puis le docteur Rommelaëre vient à son tour confirmer ces résultats.

N'est-il donc point rationnel d'employer cet agent thérapeutique, puisque les premiers effets du choléra sont l'anurie et l'algidité ?

Du reste, l'emploi des goudrons et des huiles essentielles a rendu d'immenses services dans la thérapeutique parasiticide vétérinaire et végétale.

De cette observation que le choléra tue par asphyxie en enlevant l'oxygène des globules du sang, en abaissant la temp

rature et en arrêtant l'élimination de l'urée, en coagulant le sang dans les veines et les capillaires par l'isolement du sérum ; que l'administration de l'essence de térébenthine, quel que soit le procédé d'introduction dans l'organisme, fumigations, frictions, lavements, injections sous-cutanées, inhalations, évaporations au bain-marie, etc., diminue sensiblement la perte d'oxygène, relève la température par le fait de cette oxydation et augmente la quantité d'urée éliminée, je devais être logiquement conduit à la pensée d'expérimenter chez les cholériques le même mode d'emploi des fumigations d'essence de térébenthine et de goudron de gaz qui me réussissent journellement contre la diphthérie.

Voici donc le traitement que je proposerai : 1° Soumettre le malade à des fumigations de goudron de gaz (1) et d'essence de térébenthine (2).

2° Le frictionner sur presque toute la surface du corps avec de l'essence de térébenthine ; 3° Dans l'intervalle des fumigations, maintenir le malade dans une atmosphère de térébenthine en faisant évaporer cette essence au bain-marie; 4° Enfin, pour saturer d'une façon absolue l'organisme, faire prendre à l'intérieur, comme le faisait Durande contre la septicémie puerpérale, 5 grammes d'essence de térébenthine additionnée d'éther, qui n'est lui-même qu'un carbure plus rectifié et qui agira comme analgésique.

On peut porter la dose d'essence de térébenthine jusqu'à 10 grammes en 10 heures sans accidents à redouter.

On m'objectera que l'odeur de la térébenthine est peut-être

(1) J'ai déjà signalé qu'on ne peut pas employer le goudron de Norwège parce que sa combustion développe de l'acroléine ou de l'oxyde de carbone en quantité toxique. Donc, aucun corps gras ne doit être introduit dans le mélange pour le même motif.

(2) Je verse une demi-cuillerée à bouche de goudron de gaz, plus une cuillerée d'essence de térébenthine brute non rectifiée, dans un vase en métal ou en terre réfractaire ; ce même vase est mis sur un plateau métallique pour éviter les accidents de combustion en cas de rupture du premier récipient.

[J']allume ce mélange au milieu d'une petite pièce et sur le sol ; il suffit pour cela de tenir un instant sur la flamme d'une bougie la cuillère qui sert à verser l'essence de térébenthine, puis de la plonger incandescente dans le mélange.

pénétrante, mais on peut la masquer au moyen de l'essence de citron qui la transforme en un véritable parfum.

Je crois que l'usage des bains chauds pourrait être aussi un auxiliaire du traitement pour remplacer dans l'économie l'eau qui en a été soustraite par l'élimination du sérum.

M'appuyant sur la doctrine des fermentations de Cagniard, Latour et Bouchardat, je me suis cru autorisé à penser que ces carbures peuvent être le parasiticide du bacille en virgule cholérique et le contre-poison chimique du choléra dans son action sur le sang qu'il coagule et auquel il enlève son sérum.

Ces études, du reste, avaient été indiquées et pressenties il y a plus de 40 ans par des savants illustres, Magendie et Delpech.

A ce titre, j'ai donc cru qu'il était à propos d'appeler, ainsi que je viens de le faire, votre attention sur l'emploi des fumigations de goudron de gaz et d'huiles essentielles de térébenthine ou de ses isomères, les essences de citron, de lavande, de menthe, de cajeput, etc., comme un moyen précieux de la thérapeutique ziméticide.

Etant donné le rôle des carbures contre les ferments de premier et de second ordre, je ne doute pas que si le bacille demeure d'abord dans l'abdomen, il ne tarde à être atteint par ces agents thérapeutiques introduits, à profusion dans l'organisme par les différents modes d'emploi que j'ai indiqués.

Cette médication a encore l'avantage d'être d'une très grande simplicité, à la portée de tous et absolument inoffensive.

Elle est à la fois prophylactique et curative.

Il n'est pas douteux qu'une voie nouvelle et féconde ne s'ouvre à la thérapeutique par les découvertes et les études des organismes inférieurs, découvertes dues à M. Pasteur et à ses élèves; cette voie nouvelle est la recherche des parasiticides : elle me paraît bien supérieure à la méthode des inoculations des virus atténués.

LE SPHYGMOGRAPHE

De Dudgeon.

Le Dr Cazalis présente à la Société de l'Elysée (1) un nouveau sphygmographe peu connu en France et très employé en Angleterre.

(1) Séance du 7 avril 1884.

Le sphygmographe a parmi nous quelque peu perdu de sa faveur. Il y a deux raisons à ce discrédit passager. D'abord, l'instrument de Marey est certainement d'une application un peu longue, sinon difficile. Son volume ne permet guère au praticien de l'emporter dans sa poche, comme le thermomètre ou la trousse.

Puis le sphygmographe, aux yeux de certains médecins, n'a pas donné tout ce qu'ils attendaient de lui. On espéra un moment qu'il écrirait pour ainsi dire, et fixerait le diagnostic de toutes les maladies du cœur. On restait indécis entre telle ou telle lésion des valvules : on pensait que sur le papier offert au sphygmographe allait infailliblement se marquer la réponse ; c'était vraiment trop demander. Comme tout instrument, et le thermomètre lui-même appliqué à l'examen des malades, le sphygmographe a des réponses qui sont certainement très précises, très nettes, qui ne peuvent tromper, mais qu'il faut interpréter toujours et bien savoir interpréter.

Oui, souvent, quand il existe une lésion cardiaque, ses tracés ne différeront pas ou différeront très peu des tracés normaux, et, d'autre part, des tracés que l'on croyait caractéristiques de certaines lésions valvulaires seront fréquemment donnés par le pouls de sujets chez qui n'existent pas ces lésions.

Alors, dira-t-on, à quoi bon le sphygmographe ?

D'abord, bien souvent, il pourra donner l'éveil, témoigner aussi de l'existence de la lésion cardiaque ; mais il nous renseignera surtout, et avec une netteté parfaite, sur l'état des artères, sur leur état de force ou de faiblesse, sur leur dégénérescence.

On a l'âge de ses artères, dit un aphorisme d'une vérité profonde. Le sphygmographe nous donnera leur âge et avant le doigt, mieux que le doigt, aujourd'hui moins sensible peut-être, parce qu'il est moins exercé, qu'il l'était autrefois, chez les vieux praticiens. Il signalera par le plateau bien connu l'athérome artériel, souvent précoce ; et cela seul est d'une grande importance. Toutes les variations de la pression du sang sur l'artère et de l'artère sur le sang, il les notera avec une extrême finesse ; et il nous permettra de suivre ainsi et de garder toute l'histoire du pouls dans une maladie, toute l'histoire du pouls chez l'homme sain ou chez l'homme malade, comme le thermomètre nous per-

met d'inscrire dans une observation toute la série des variations thermiques.

Je n'ai pas, dit M. Cazalis, à insister devant vous, Messieurs, sur un sujet que tout le monde connait. Je ne tenais qu'à rappeler tout ce qu'il faut attendre et ne plus attendre de cet instrument très précieux.

Le sphygmographe de Dudgeon, dont le levier est d'une sensibilité vraiment exquise et se rapproche du levier idéal mieux peut être encore que celui du sphygmographe de Marey, ce sphygm. est d'un si petit volume (7 cent. carrés) qu'il tient parfaitement dans la poche. Grâce à ses petites dimensions, il peut s'appliquer sur toutes les artères accessibles, et dans toutes les situations du malade. Il est d'un usage facile et très rapide ; il n'est guère avec lui plus long d'obtenir le sphygmograme que de tâter le pouls du malade. Une petite boîte permet d'emporter des papiers préparés que Dudgeon conseille de noircir en les exposant à la fumée de morceaux de camphre en combustion.

Le tracé est fixé ensuite, en trempant le papier dans une bouteille qui contient du vernis de photographe.

Le mouvement d'horlogerie faisant jouer le petit tambour, qui fait passer le papier préparé sous une aiguille très fine adaptée au levier, est ainsi réglé que le papier doit passer en 10 secondes. Le nombre multiplié par six des pulsations tracées sur le sphygmograme donne le nombre de ces pulsations par minute.

J'ai pensé, dit M. Cazalis, que cet instrument réalisait pour ce procédé d'investigation clinique un progrès réel, et j'ai cru qu'il était intéressant de vous le signaler.

Dr Cazalis.

Aix-les-Bains.

DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DES EAUX-BONNES
(Source d'Orteig)
DANS LES MALADIES UTÉRINES

Par le Dr Cazenave de la Roche (1) (*Suite*)

Ces réserves faites, voici, selon l'échelle graduelle de leur im-

(1) Mémoire communiqué à la *Société de médecine pratique* (séance du 15 mai 1884).

portance clinique, les résultats réalisés par la source sulfurée calcique d'Orteig, appliquée en bains, en douches ascendantes, intérieures, extérieures locales et générales aux divers symptômes liés à la marche de la métrite chronique.

1° Sur 97 cas d'aménorrhée et de dysménorrhée, dont 57 idiopathiques de source anémique ou névralgique et 40 procédant d'une métrite du col ou du corps utérin, l'action toni-stimulante, ou pour mieux dire dynamique générale, propre à cette fontaine comme du reste à toutes les eaux sulfureuses indistinctement, a eu raison 38 fois de l'aménorrhée, de la dysménorrhée idiopathique en remontant l'ensemble de l'organisme ; tandis que l'action spéciale et localisée de la source d'Orteig a rétabli 32 fois l'équilibre dans la menstruation en combattant la métrite cause première et directe de la perturbation fonctionnelle.

2° Dans 107 cas, j'ai pu apprécier la valeur médicatrice de la fontaine d'Orteig : dans les engorgements, indurations à forme simple, les déformations du col et les écoulements morbides qui les accompagnent le plus ordinairement.

3° J'en dirai de même lorsque la lésion du col se complique de granulations, d'exulcérations, d'ulcérations, de fongosités.

Ces solutions de continuité de la muqueuse peuvent être liées à une diathèse herpétique et coïncider le plus ordinairement soit avec des lésions anatomiques homogènes de la gorge (pharyngite granuleuse), ou des dermatoses cutanées ; ou bien procéder directement d'une phlegmasie de la matrice. Dans les deux cas, le traitement sulfureux m'a donné d'excellents résultats, mais plus nombreux et plus marqués dans le premier, l'élément herpétique étant justiciable au premier chef de la médication sulfureuse.

4° Les observations qui précèdent ont déjà fait pressentir la spécialisation médicale de la source d'Orteig dans la métrite chronique simple. Aussi sur 54 cas de métrite simple, 42 ont répondu de la façon la plus satisfaisante à l'emploi de cette [fon]taine. Si la médication sulfureuse n'a pas eu chaque fois [com]plètement raison de la métrite, je puis affirmer en avoir [tou]jours retiré une notable amélioration.

[5]° En ce qui touche les déviations de l'utérus, le traitement

sulfureux m'a surtout réussi dans les cas d'antéversion procédant comme toujours, on peut le dire, de la métrite, ainsi que dans certains cas de prolapsus incomplet (douze fois sur quinze).

6° L'inflammation chronique de l'utérus se complique souvent d'une phlegmasie péri-utérine dont le phlegmon est l'expression anatomique la plus habituelle. Il arrive souventaussi — j'ai eu deux fois l'occasion de le constater — que les phlegmons affectent la marche chronique et sont sujets à répétition. Dans ces 2 cas, j'ai pu en obtenir la résolution à l'aidedes bains et des douches vaginales convenablement administrées. A ce propos, qu'il me soit permis de signaler les avantages que présente dans l'administration des douches et irrigations vaginales l'ingénieux appareil préconisé par mon honorable ami le Dr Willenna (de Vichy). Il consiste, comme vous le savez, en un petit entonnoir terminé par un tube en caoutchouc, auquel se trouve adapté une canule à injection ordinaire. La canule est introduite dans le vagin et l'entonnoir fixé à une hauteur de 25 à 30 centimètres au-dessus de la baignoire. On y verse l'eau du bain qui s'écoule naturellement et permet à la malade de se donner elle-même une irrigation aussi longtemps que dure le bain. Je préfère de beaucoup cet appareil au speculum-tube que la femme place à demeure dans le vagin en vue de mettre en contact l'eau du bain avec la matrice. Il m'a paru offrir des inconvénients que le premier appareil ne présente pas.

7° J'aurai terminé cet inventaire clinique en disant un mot de la métrorrhagie. Il semblerait de prime abord que cette complication, affirmant le plus souvent un symptôme de la métrite à l'état aigu ou sub-aigu contre-indiquât la médication sulfureuse exclusivement applicable aux affections chroniques. Il est pourtant des cas, et j'en ai observé dernièrement un nettement dessiné, où l'hémorrhagie produite par la présence de tumeurs fibreuses, ou, pour parler un langage plus scientifique par des hystéromes, a été définitivement supprimée par la médication de la source d'Orteig. M. le Dr Constantin Paul, à son passage aux Eaux-Bonnes (1880), avait bien voulu me prêter son concours éclairé pour examiner le sujet de cette observation dont la relation serait trop longue. Qu'il me suffise de noter que le développement graduel des myomes insérés sur le bord

supérieur du corps de l'utérus, la région sous-péritonéale et non interstitielle avait coïncidé avec la suppression brusque et non physiologique des menstrues. Après avoir vainement employé tous les moyens rationnels pour ramener les règles, je conseillai l'usage de l'eau d'*Orteig* qui, dès le 5e jour de traitement, amena une métrorrhagie effrayante et qui nécessita l'emploi d'hémostatiques énergiques.

Elle fut de courte durée. Huit jours après, la palpation abdominale constatant une diminution notable des hystéromes, je n'hésitai pas à reprendre le traitement interrompu. Cette fois l'hémorrhagie ne se renouvela pas Cette dame est revenue trois saisons consécutives aux Eaux-Bonnes.

Les tumeurs fibreuses ont diminué, mais non disparu : elles restent stationnaires, mais je suis convaincu que si le traitement sulfureux était abandonné, les tumeurs reprendraient un nouveau développement, par cette raison toute simple que la source d'Orteig agit ici à la façon d'un puissant emménagogue dont l'action cesse en général de se faire sentir au printemps. Cette manière de voir me paraît d'autant plus admissible qu'elle s'accorde avec le mode de formation des hystéromes généralement adopté aujourd'hui.

Voilà les faits dans leur exposé le plus simple.

Quelle en est l'explication ? Pour qui a acquis quelques notions expérimentales des eaux sulfureuses et de leur mode d'action, elle est facile.

Appliquée au traitement des phlegmasies chroniques des maladies de poitrine, la source *Vieille* sulfurée sodique des Eaux-Bonnes procède au travail curatif, on le voit, en ramenant l'entité de l'état chronique à l'état aigu. C'est un axiome en thérapie thermale. C'est donc par voie de substitution congestive que l'agent hydro-sulfureux opère dans ce cas.

Dans la curation des affections utérines la source d'Orteig n'agit pas autrement que sa sœur la source *Vieille* dans les affections de l'appareil respiratoire ; le siège de la maladie seul change.

L'affinité élective propre aux Eaux-Bonnes, au lieu de se prononcer sur les organes respiratoires comme le fait la source Vieille, se porte sur l'appareil utérin et se trouve dans ce dernier cas comme dans le premier complétée dans son rôle théra-

peutique par l'action substitutive : ces faits bien établis, la conclusion s'impose.

La source sulfurée calcique d'Orteig aux Eaux-Bonnes, vu sa spécialisation médicale dans les maladies chroniques de l'utérus, a droit à prendre rang désormais parmi les eaux minérales indiquées dans le traitement de ces affections.

Dr Cazenave de la Roche,
Médecin aux Eaux-Bonnes.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Quelques cas d'affections chirurgicales, et de lésions assez rares, par Hector Cameron, chirurgien de l'hôpital de Glagow. (Mémoire lu à la Société médico-chirurgicale de Glascow.)

I. — *Tumeur goutteuse du pénis.* — Le 10 octobre 1879, un malade, célibataire âgé d'environ 50 ans, vint consulter le Dr Cameron pour une tumeur très dure du pénis, située à un pouce (0,02 cent. 1/2) du pubis, à forme ovale et légèrement aplatie et du volume d'un haricot. Elle était située entre la face latérale et la face dorsale du pénis ; la peau était mobile sur la tumeur, tandis que celle-ci adhérait intimement aux parties profondes. A l'état flaccide, le malade ne souffrait pas et la tumeur ne lui causait aucune gêne ; mais la nuit, pendant les érections, il était réveillé par des douleurs intenses, le pénis était tordu et formait un angle dont la tumeur occupait le sommet. Ce malade présentait, de plus, depuis deux ans, un ganglion palmaire prononcé et qui avait amené la contraction d'un doigt. En outre, quelques années auparavant, il avait souffert d'un rhumatisme goutteux du coude. La présence simultanée de ces deux tumeurs à la main et au pénis firent conclure à leur origine goutteuse.

L'auteur cite, à ce propos, l'opinion de sir James Paget, qui s'exprime ainsi dans une de ses cliniques : *Sur les affections goutteuses des organes urinaires* : « La persistance d'un suintement uréthral, ses rapports avec la goutte et autres maladies

constitutionnelles est une affection des plus sérieuses à cause de sa tendance à produire le rétrécissement qui est associé à ces affections et sans lesquelles la blennorrhagie seule ne pourrait le produire. Chez lez goutteux, la production d'un tissu fibreux qui épaissit et contracte la couche externe de la paroi uréthrale, en provoquant de cette manière le rétrécissement, semble avoir le même processus que l'épaississement et la contraction des tissus palmaires. On peut comparer plutôt ce tissu fibreux à cet épaississement et à ces parties indurées de la gaine des corps caverneux qui provoque la torsion de la verge pendant les érections, et qui effraie les malades en leur faisant croire à un cancer. Ces couches épaisses de tissu fibreux peuvent être senties des deux côtés, mais le plus souvent elles occupent la face dorsale du pénis ou la cloison des corps caverneux, et comme elles ne cèdent pas, comme le reste de l'organe, à la pression sanguine qui provoque l'érection, elles tiennent le pénis rigide et courbé de leur côté comme dans la chaude-pisse cordée. »

Il faut ensuite, dit le Dr Cameron, établir le diagnostic différentiel avec les gommes des corps caverneux, et avec cette affection décrite par Van Buren, et qui consiste en des dépôts calcaires qui se forment dans l'un ou les deux corps caverneux, principalement dans leur gaine, et qui sont semblables à l'athérome artériel.

II. — *Hydrocèle de la tunique vaginale et dont le liquide était d'un blanc laiteux.* — Un homme âgé d'un peu plus de trente ans consulta le Dr Cameron, en 1879, pour se faire faire la ponction d'une hydrocèle de la tunique vaginale du côté gauche. Le malade raconte que tandis qu'il habitait l'Inde, il avait une hydrocèle double. Plusieurs ponctions suivies d'injections iodées restèrent sans résultat. Lorsqu'il retourna en Angleterre, l'hydrocèle du côté droit commença à diminuer et finit par disparaître tout à fait. Celle du côté gauche persista et présentait même un volume assez gros. La ponction fut pratiquée et donna issue à un liquide blanc laiteux. On fit une injection iodée et au bout de trois semaines l'hydrocèle était guérie.

Le liquide fut examiné au microscope, mais on ne trouva pas le moindre spermatozoïde ; la coloration blanche tenait

à la présence d'une grande quantité de matières grasses. L'analyse révéla en outre de légères traces d'albumine et de sucre. En laissant reposer le liquide on vit la partie supérieure devenir plus épaisse, en formant comme une espèce de crème. Lorsqu'il y a des spermatozoïdes, c'est la partie inférieure qui devient plus épaisse par suite de la présence des spermatozoïdes qui tombent au fond.

Des cas analogues ont été observés par Vidal (de Cassis), Sichel, Sir William Ferguson, et dans tous ces cas la blancheur du liquide était due à la présence des matières grasses. Vidal (de Cassis) désignait cette variété d'hydrocèle sous le nom de galactocèle ; mais comme le fait, avec juste raison, remarquer Cameron, cette désignation est impropre, car si le liquide ressemble au lait par la couleur, il en diffère entièrement par la constitution.

III. — *Spermatacèle contenant quarante-six onces de liquide* (1188 *grammes*). — Un homme âgé de 58 ans entre à l'hôpital pour une fracture du péroné. En l'examinant on constate qu'il portait une hydrocèle énorme du côté droit, et dont le début remontait à sept années. Jamais on n'avait fait le moindre traitement. La tumeur avait un tel poids qu'elle avait entraîné en bas la peau du ventre ; la verge avait disparu et on ne voyait plus que l'orifice préputial. En l'examinant à la lumière transmise on voyait le testicule droit à la partie inférieure et antérieure de l'hydrocèle, tandis que le gauche était remonté jusqu'au canal inguinal. On pratiqua la ponction et l'on retira 46 onces (1188 grammes) de liquide. On fit ensuite une injection iodée et la guérison eut lieu. Le liquide examiné au microscope contenait des spermatozoïdes ; abandonné à lui-même dans un vase, il se sépara en deux couches, la supérieure limpide, l'inférieure constituée par un sédiment épais contenant les spermatozoïdes. (*Lancet* du 10 mai 1884, p. 841.)

A. RIZAT.



Vacances médicales. — Voir pour les postes médicaux vacants aux annonces

VARIÉTÉS

PERSONNEL MÉDICAL DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins des 1er et XIe arrondissements que, le jeudi 14 août 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin pour chacun de ces arrondissements.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Par arrêtés rendus le 15 juillet, M. le docteur Naudet (Antoine), est nommé médecin du bureau de bienfaisance du IIe arrondissement de Paris.

M. le docteur Saint-Martin (Adolphe-Jules) est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XVIe arrondissement de Paris.

CONCOURS. — La seconde épreuve d'admissibilité — épreuve orale — du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer. La dernière question a été : Des ulcérations de la langue.

Ont seuls été admis à subir la troisième épreuve — consultation écrite — les douze candidats dont les noms suivent : MM. les docteurs Barié, Barthélemy, Brissaud, Dreyfous, Faisans, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Lorey, Martin, Merklen, Renault et Talamon.

— *La* seconde épreuve d'admissibilité — épreuve opératoire — du *concours* pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer.

Les huit candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite, ont seuls été admis à subir les épreuves définitives. Ce sont MM. les docteurs Jalaguier, Campenon, Bazy, Brun, Marchant, Routier, Remy et Jarjavay.

La première épreuve définitive — composition écrite — a eu lieu hier. Les questions données ont été : 1° Structure des artères ; 2° De la réunion par première intention.

Monsieur le Dr Dally nous adresse la lettre suivante :

Appelé à présider cette année la section de Pédagogie au Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences, j'ai l'honneur de solliciter votre concours et de vous prier de m'indiquer aussitôt que cela vous sera possible les titres des communications que vous auriez l'intention de faire afin que le programme de la session qui paraîtra au commencement de juillet en contienne l'indication.

Le Congrès se tiendra à Blois du 4 au 11 septembre 1884.

Il a été décidé au Congrès de Rouen que les questions relatives aux

différents baccalauréats et à leur valeur intellectuelle et sociale seraient spécialement mises à l'ordre du jour. Ces questions qui préoccupent à juste titre l'opinion publique, attireront, je l'espère, votre attention.

Je me propose de soumettre à la discussion une étude sur le baccalauréat de l'enseignement secondaire spécial et des remarques sur le programme de l'enseignement secondaire des filles. D'ailleurs, toute communication d'un autre ordre serait également bien reçue.

Agréez, etc.

— L'éloge de l'emploi du **Vinaigre antiseptique de Pennès,** en lotions et en pulvérisations, dans le traitement des varioleux, après l'avoir mêlé avec quatre ou cinq parties d'eau, n'est plus à faire.

Aujourd'hui, il faut louer l'utilité et l'opportunité de cet antiseptique, pour préserver de la fièvre typhoïde et du choléra.

En effet, nombre d'attestations, signées des noms de 48 chefs de service des hôpitaux, témoignent de l'avantage que l'on trouve dans l'emploi de ce *Vinaigre antiseptique* comme désinfectant atmosphérique, qui est en dépôt dans les principales pharmacies.



REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 *juillet.* — Présidence de M. Alph. Guérin.

M. Vulpian présente, de la part de M. de Cyon, une note manuscrite sur les injections intra-veineuses d'eau oxygénée dans la période algide du choléra. L'eau oxygénée ou peroxyde d'hydrogène, se décomposerait dans les veines en oxygène et en eau et offrirait ainsi un double avantage.

M. Tarnier présente, de la part de M. Lecour, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, un nouvel instrument destiné à pratiquer la décollation dans les cas de présentation de l'épaule.

M. Peter présente, de la part de M. le Dr Queirel, de Marseille, deux rapports, l'un sur l'épidémie du choléra à Marseille, l'autre sur l'épidémie du choléra à Arles. (Comm. : M. Peter.)

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un corres-

pondant étranger dans la 2e division. M. Mac Leod, de Glascow, est élu.

Le Choléra. — M. Proust constate qu'il est d'accord avec M. Jules Guérin sur ce point que dans les épidémies, certains cas de choléra sont précédés d'une diarrhée prémonitoire qui peut être le signal de mesures préventives ; mais les dissentiments entre les deux orateurs sont beaucoup plus nombreux.

M. Jules Guérin a refait à sa façon l'histoire de l'épidémie de Toulon. Il dit que le premier cas de choléra a été observé, non pas le 20 juin, mais le 13 juin, et que, d'autre part, les premiers cas se sont manifestés ailleurs qu'à Toulon. Or, les premiers cas ont éclaté sur le *Montebello*, puis sur le *Jupiter*, voisin du *Montebello*. Une femme, dit M. Jules Guérin, serait morte du choléra six semaines avant le début de l'épidémie; or, rien ne prouve que cette femme soit réellement morte du choléra.

Le choléra de Toulon parait avoir été importé, mais il a été impossible de préciser le mode d'importation. On a accusé la *Sarthe*, mais il est difficile d'admettre que ce navire ait pu être la porte d'entrée de la maladie. Le *Shamrock* a été également accusé, mais il n'avait perdu personne pendant sa traversée.

M. Proust refait l'histoire du développement de l'épidémie à Marseille en indiquant sur un plan de la ville la demeure des décédés. Il combat les théories de M. Jules Guérin relativement aux divers degrés de la maladie et rappelle les nombreuses oppositions qu'a rencontrées la théorie de la diarrhée prémonitoire. M. Jules Guérin a essayé de démontrer que Paris subissait en ce moment une constitution médicale particulière, annonçant l'arrivée du choléra. Or, à Paris, il n'y a pas encore d'épidémie de choléra et les affections intestinales que l'on observe sont en rapport avec les chaleurs que nous venons de traverser. S'il n'y avait pas d'épidémie à Toulon et à Marseille on n'y ferait aucune attention.

M. Proust lit des lettres de MM. les Drs Cunéo (de Toulon) et Tastour (de Marseille), qui montrent que le choléra à Toulon a éclaté « comme un coup de foudre dans un ciel serein ». Il

n'y avait dans ces deux villes, avant le début de l'épidémie, qu'un très petit nombre de maladies du tube digestif.

M. Ern. Besnier. L'étude de l'épidémiologie, malgré son importance, ne tient pas la place qu'elle devrait occuper ; il n'existe aucune chaire spéciale pour cette branche de la nosologie. Nous en sommes à ne pas pouvoir distinguer ni pendant la vie ni après la mort un cas de choléra sporadique et un cas de choléra indien. Toutes les questions ont été discutées à cette tribune, et jamais les dissentiments n'ont été plus prononcés.

Trois opinions principales ont été émises sur la question de savoir s'il y a deux espèces de choléra. D'après l'opinion la plus commnne, le choléra sporadique est une maladie individuelle, non contagieuse. Dans la seconde opinion, il n'y a qu'une espèce de choléra. La troisième consiste à déclarer qu'il peut naître de conditions d'hygiène défectueuses et banales une maladie qui ressemblerait au choléra d'Asie, mais qui ne se transmettrait pas avec la même intensité.

Dans aucun de nos anciens livres épidémiologiques on ne peut voir trace d'une épidémle de choléra ayant régné en France avant 1832. Le choléra indigène ou simple reste stérile, même en présence du choléra d'Asie. Le choléra saisonnier n'est jamais une maladie qui tue à la fois, à la même heure, un certain nombre de malades. Il y a à Paris 14 décès de choléra en moyenne par année, et encore ce nombre serait peut-être diminué si les causes de décès étaient mieux connues.

L'insalubrité d'un lieu favorise certainement la propagation du choléra, mais on ne pourrait dire qu'elle suffise pour produire la maladie. Si l'origine de l'importation échappe rarement, il n'en est pas de même du moyen de transmission, parce qu'il s'écoule un temps qui peut être fort long entre le moment où le germe est importé et celui où il se développe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 5 *juin* 1884. — Présidence de M. Grenet, Vice-Président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Gillet de Grandmont secrétaire général, procède au dépouillement de la correspondance qui comprend :

Une lettre de M. Pruvost, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ; — de l'administration du comptoir d'escompte en voyant un état des comptes de la Société ; — de M. le ministre de l'Instruction publique demandant le texte des questions que la Société désire voir figurer au programme de la réunion des Sociétés Savantes.

Les publications périodiques ordinaires.

M. Duchesne lit un travail intitulé : *De l'hygiène professionnelle des Brasseurs* (sera publié). M. Roussel fait une communication sur une observation de *transfusion du sang* qu'il a pratiquée récemment.

M. Duchesne, à propos d'une observation recueillie dans sa pratique, demande au bout de combien de temps on peut absorber des aliments salés à la suite d'ingestion de calomel pour éviter la transformation du proto-chlorure en bichlorure de mercure sous l'influence du chlorure de sodium. Il appelle l'attention sur ce sujet recommandant de ne pas faire absorber aux malades, même une petite quantité de sel après l'injection du calomel.

M. Weber considère le calomel comme un médicament dangereux : il s'élimine très lentement et seulement par l'intestin ; dans aucune de ses recherches il n'en a trouvé dans la salive, même lorsque les glandes salivaires sécrétaient sous l'influence de cet agent, en grande abondance.

MM. Gigon, Toledan, Rey, présentent quelques observations, sur le mode d'action des purgatifs.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire annuel,
Dr Larrivé.

Séance du 19 juin 1884.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Gillet de Grandmont, secrétaire général, annonce la mort de M. Frénoy ancien membre de la Société, et l'état de mauvaise santé de notre collègue le Dr Carré, qui a été pris d'accidents congestifs pulmonaires à sa rentrée à Paris.

Il expose ensuite de la façon la plus claire, les conditions de coopération de la Société de Médecine Pratique aux études relatives à la création d'un Palais des Sociétés Savantes. Il conclut en invitant la Société à voter à cette effet une somme de deux cents francs.

Après quelques observations de MM. Brochin, Weber et Campardon, ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

On passe ensuite à la discussion des questions à porter à l'ordre du jour du congrès des Sociétés Savantes pour 1885. *Le traitement de la diphtérie* est indiqué par la majorité des membres présents.

M. Pruvost donne lecture d'une observation d'angine diphté-

ritique, particulièrement intéressante au point de vue de l'étiologie et du traitement (sera publié).

M. CAMPARDON à propos d'un passage de ce travail, dit qu'il pratique, comme l'a fait M. PRUVOST, des injections dans le nez et la gorge, mais à l'eau de chaux il préfère l'eau chargée d'acide carbonique, l'eau de seltz ordinaire. Du reste, il recommande toutes les injections antiseptiques, les médicaments que l'on fait absorber par l'estomac agissant, dans tous les cas, beaucoup trop lentement. Les injections doivent être pratiquées au moins 4 fois par jour, autant que possible, par le médecin lui-même qui aura soin de se placer un peu de côté pour éviter de recevoir les éclaboussures.

M. WEBER. Le cas de M. PRUVOST vient à l'appui de ce que j'ai observé dans la médecine vétérinaire. J'ai remarqué, en effet, que les épidémies de diphtérie reviennent toujours dans les poulaillers avec l'humidité, et principalement aux mois d'octobre et de novembre.

M. MICHEL ne pense pas qu'on puisse appliquer le nom de diphtérie à l'affection relatée par M. PRUVOST. Ce serait, quant à l'origine, un fait unique dans les annales de la science.

M. PRUVOST a fait des examens microscopiques indiquant nettement qu'il s'agit d'une affection diphtéritique.

M. MICHEL. C'est une angine pseudo-membraneuse mais non diphtéritique. D'ailleurs, l'état général n'a jamais été très-grave et il n'y a pas eu de contagion sur les personnes environnantes.

M. LUCIEN BOYER attribue au traitement institué dès le début l'innocuité relative de la maladie.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire annuel. Dr LARRIVÉ.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

4e Année. — T. VII. N° 6 9 Aout 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LE CHOLÉRA.

Séance intéressante et utile dans laquelle M. Strauss a fait connaître le résultat de ses recherches à Toulon.

MM. Strauss et Roux ont fait dix-huit autopsies de cholériques et de nombreuses coupes de l'intestin en employant la même technique, les mêmes procédés de coloration que M. Koch. Ils ont trouvé, surtout dans la dernière partie de l'intestin grêle, de nombreux bacilles d'aspect et de dimensions très variables : ils ont bien trouvé le fameux bacille en virgule,

FEUILLETON

DE LA SALUBRITÉ DANS LA VILLE DE MARSEILLE.

En juillet 1883, à l'annonce que le choléra sévissait en Egypte, les villes du littoral de la Méditerranée songèrent à prendre des mesures de précaution contre l'importation de ce fléau. Quoique la terreur fût moins vive qu'aujourd'hui, des quarantaines furent établies, des lazarets organisés, des prescriptions de toutes sortes édictées ; cela fait, et des inspections officielles ayant constaté que tout était pour le mieux, les municipalités et les gouvernements, France, Italie, Espagne, se reposèrent avec l'assurance et la quiétude du devoir accompli.

Le choléra resta en Egypte ; mais onze mois après, la lassitude amenant sans doute une observance moins rigoureuse, il envahit tout à coup Toulon et Marseille peu après.

Rechercher le mode d'importation de l'épidémie actuelle, discuter la valeur, le bien fondé des diverses mesures de préservation proposées et le moment propice de leur application, ne serait-ce pas vouloir la solution d'un problème dont les inconnues sont encore trop nombreuses? On peut toutefois examiner, non sans quelque utilité pratique, les conditions de salubrité, d'hygiène, des villes le plus souvent atteintes ; non

mais avec trop d'inconstance pour qu'il soit permis d'en faire l'organisme du choléra.

C'est dans les cas suraigus, alors que ce bacille aurait dû être très commun, s'il avait eu quelque rapport avec l'étiologie du choléra, qu'il manquait le plus souvent ; on le trouvait surtout abondant dans les cas où la maladie avait duré longtemps. Les recherches faites à Toulon par MM. Strauss et Roux confirment donc pleinement celles qu'ils avaient déjà faites en Egypte avec le concours de MM. Nocard et Thuillier ; il n'y a pas de microbes du choléra, ou tout au moins le bacille de Koch ne signifie rien.

Pour que l'on pût réellement attribuer à ce bacille une valeur quelconque, il faudrait plusieurs conditions qui sont loin d'être remplies : il faudrait que le bacille existât dans tous les cas de choléra, ce qui n'est pas ; il faudrait que ce bacille inoculé à des animaux produisît le choléra, ce qui n'a jamais eu lieu ; il faudrait enfin que ce bacille ne se rencontrât dans au-

---

pas que ces conditions hygiéniques, incriminées aujourd'hui, absolument négligées hier, puissent jamais faire naître le choléra sur place, mais seulement parce qu'elles peuvent favoriser l'éclosion du germe importé, son développement, en un mot préparer à ce germe, lui fournir un *bouillon de culture*. L'épidémie actuelle le démontre suffisamment.

Par son importance, par son intérêt d'ordre général, l'étude de ces questions réclame l'attention de tous les hygiénistes qui peuvent dès maintenant et sans divergences d'opinion donner des solutions pratiques.

Dans le courant de juillet 1883, je suis allé à Marseille, j'y suis retourné dernièrement encore. J'ai l'honneur de soumettre à la Société un résumé des documents que j'ai pu recueillir.

Depuis la construction du canal, œuvre remarquable de l'ingénieur de Monticher, l'eau ne manque pas à Marseille. L'eau du canal dérivé de la Durance, l'eau de la Rose l'eau des puits, alimentent la ville. L'eau la meilleure est sans contredit celle de la Rose. L'eau des puits est mauvaise, impropre à la cuisson ; on s'en sert le moins possible pour les besoins domestiques.

L'abondance de l'eau est une condition d'hygiène très avantageuse. De cette abondance d'eau a-t-on fait une application utile au point de vue de la salubrité de la ville, en ce qui concerne les égouts, les vidanges ? — Je l'avoue, après examen, j'ai été surpris d'une part de l'incurie insouciante des habitants en général, de l'autre de la violation fla-

cune autre maladie que le choléra ; or c'est un organisme banal qui se rencontre dans diverses maladies et même dans la leucorrhée vaginale. Ce n'est donc pas un bacille sérieux.

La communication de M. Strauss a été très applaudie et constitue un enterrement de première classe pour le microbe en virgule.

REVUE CLINIQUE

CARACTÈRES PATHOGNOMONIQUES DES LÉSIONS CUTANÉES DE LA SCROFULE,

Par le Dr Guibout.

Au moment où les anatomo-pathologistes essayent de détruire l'ancien groupe des scrofulides et d'en faire soit des lé-

grante des plus simples notions de l'hygiène par ceux dont la mission est de sauvegarder la santé publique.

Anciennement à Marseille, comme dans beaucoup d'autres villes du reste, les rues étaient en général fort sales : l'habitude des habitants de jeter par les fenêtres toutes les ordures des maisons en donne une explication suffisante. En vain les consuls et les principaux habitants ne cessaient de se plaindre ; comme le dit l'historien A. Fabre : « Le peuple semblait se plaire au sein des ordures ; et il fallait que l'autorité souveraine s'occupât elle-même de la salubrité d'une ville populeuse qui n'était plus qu'un foyer d'infection »

Le 12 octobre 1575, le Roi signa à Paris des lettres patentes. Tous les propriétaires de maisons furent tenus de construire dans le délai d'un an, *des privés ou fosses en hault ou en bas*, sous peine d'une amende prononcée par le lieutenant du Sénéchal et applicable aux frais de construction quai St-Jean.

Les habitants de Marseille résistèrent ; mais des poursuites sévères ayant été exercées, ils se soumirent et choisirent de préférence *le hault des maisons* pour établir les privés. Les toits des maisons furent ainsi utilisés à faire du fumier pour les terres ; la propreté n'y gagna rien. « Quand il pleut à Marseille, raconte d'Assoucy, les feutres, sans respect de Castor ni de Pollux, y reçoivent de vilains outrages. »

Le temps n'amena aucune amélioration. La peste de 1720 qui désola Marseille ne provoqua que des mesures temporaires ; peu à peu on re-

sions de la tuberculose, soit des manifestations de la syphilis tertiaire ou héréditaire, il est utile, je crois, de ne pas négliger entièrement l'opinion des cliniciens, et de voir s'ils renoncent, eux aussi, à décrire la scrofule. Il n'en est rien, et les savantes leçons que vient de professer le Dr Guibout à l'hôpital St-Louis, montrent avec la dernière évidence que la scrofule n'est pas seulement un mot, mais que ce mot répond réellement à tout un groupe de faits, dont il faut en quelque sorte vicier la valeur clinique si on veut les faire rentrer soit dans les manifestations de la tuberculose vraie, soit dans celles de la syphilis vraie. Syphilis atténuée et tuberculose atténuée, nous dit-on, je le veux bien, quoique je pense que l'on n'est pas encore autorisé à affirmer une réforme aussi radicale, mais il n'en sera pas moins vrai, quoi que l'avenir nous réserve, quelles que soient les découvertes dont nous surprennent le microscope et la pathologie expérimentale, que le mot scrofule répondra toujours à un groupe de faits cliniques assez nets, à

---

prit les anciens usages. Il faut le dire : rien de ce qui avait été proposé et mis à exécution n'était acceptable et le bon sens populaire ne pouvait s'accommoder de règlements vexatoires qui, en définitive, n'aboutissaient qu'à rendre plus mauvaises les conditions de l'hygiène de la ville. Les ordures furent donc jetées de nouveau en pleine rue. « On est si prodigue en cette ville, pouvait écrire le poète Lebrun, visitant Marseille en 1769, qu'on jette tout par les fenêtres. Vous entendez une voix douce qui vous crie ; *passarès* ; et si le malheureux étranger s'imagine que c'est une invitation de regarder aux fenêtres, on vous le coiffe de ce que vous savez.»

Il en fut ainsi jusqu'en 1830 environ. La municipalité eut alors une inspiration assez pratique. Comprenant les inconvénients et les dangers des privés établis sur les toits des maisons, et ceux résultant du jet des ordures dans les ruisseaux et sur les chaussées, elle institua un service pour enlever les ordures des maisons deux fois par jour. Une sorte de charrette, désignée sous le nom de barrique, passa à dater de cette époque, à 8 h. le matin et à 4 h. l'après-midi, dans chaque rue ; une cloche indiquait son passage et les ménagères dans chaque maison furent tenues de descendre sur les trottoirs les grands vases ou jarres, *jarrons*, renfermant les vidanges pour les faire vider dans la dite charrette. Les jarres marseillaises ont devancé d'un demi-siècle les boîtes à ordures parisiennes.

Ce système réalisait un progrès incontestable. Dès lors il ne reste

un état général, à une manière d'être de l'individu tellement accusée que ce terme n'est plus seulement employé par les médecins de profession, mais qu'il est tombé dans le domaine public.

Le Dr Guibout fait tout d'abord ressortir les caractères communs qu'offrent la syphilis et la scrofule considérées dans leur ensemble : toutes les deux, ce sont des maladies générales, constitutionnelles, diathésiques, héréditaires, toutes les deux présentent des manifestations morbides superficielles, cutanées de peu de gravité, et des lésions viscérales profondes, graves, parfois mortelles. Mais, d'autre part, que de différences entre ces deux affections ! La syphilis est une maladie virulente, inoculable, et par conséquent contagieuse, débutant par un accident primitif, le chancre infectant, véritable porte d'entrée du principe morbide : elle est héréditaire, c'est vrai ; mais comment se produit cette hérédité ? Et ne peut-on pas admettre, dans la plupart des cas, une véritable inoculation du fœtus in utero par

---

rien dans les maisons, rien dans les ruisseaux ou sur la chaussée ni au-dessous dans les égouts.

Pendant 25 ans, je crois, le service des barriques fonctionna. — On substitua à ce système celui des tinettes mobiles installées dans les caves. — Ces tinettes étaient enlevées de temps en temps et remplacées par d'autres.

Cependant, de grands travaux s'accomplissaient ; des rues nouvelles étaient percées ; des quartiers nouveaux apparaissaient. Au lieu de la tradionnelle maison à trois croisées, on construisait les grandes et hautes maisons de la rue de la République, de la Joliette, etc.; la nécessité des cabinets d'aisances dans chaque appartement allait amener le changement du système de vidange adopté, et conduire aux déplorables et dangereux systèmes qui fonctionnent aujourd'hui au mépris de toutes les règles de l'hygiène.

Quels sont donc les systèmes] de vidanges actuellement en usage à Marseille ?

Dans un certain nombre de maisons anciennes on ne trouve pas de cabinets d'aisances ; on s'en est tenu à la tinette mobile placée dans la cave.

Les maisons pourvues de cabinets d'aisances, présentent les deux sys-
es suivants aussi défectueux que nuisibles pour la santé publique :
• Dans les rues où il n'y a pas d'égout, on a adopté le système des
ttes filtrantes. Ces tinettes filtrantes sont placées au rez-de-chaussée

le virus syphilitique? La scrofule, au contraire, ne se développe pas in utero : l'enfant ne vient pas au monde couvert de lésions scrofuleuses, comme il peut être couvert de lésions syphilitiques : il naît scrofuleux comme il naît rhumatisant, comme il naît goutteux ; la scrofule héréditaire ne se montre que de deux à cinq ans, et même le plus souvent de dix à quinze ans. De plus, la diathèse scrofuleuse semble pouvoir se développer dans certains cas de toutes pièces, en dehors de toute hérédité, sous l'influence de causes hygiéniques mauvaises, et en vertu d'une sorte de prédisposition idiosyncrasique. A l'inverse de la syphilis, elle n'est pas contagieuse et ne possède pas de virus inoculable, ajoute M. le Dr Guibout.

C'est en effet là ce qu'enseigne la clinique : depuis quelques années l'expérimentation sur les animaux semble démentir cet axiome ; on aurait obtenu en effet par l'inoculation de produits nettement scrofuleux de la tuberculose vraie. La scrofule, ou tout au moins une certaine partie des manifestations morbides

---

dans une sorte de niche ménagée dans l'épaisseur du mur, du côté de la rue, et fermées par une porte percée dans le haut d'ouvertures plus ou moins grandes pour donner de l'air dans la dite niche et... parfumer les promeneurs au passage. La tinette filtrante ainsi installée communique, à l'aide d'un conduit placé sous le trottoir, directement avec le ruisseau. Les liquides venant de la tinette filtrante s'écoulent directement dans le ruisseau. De cette façon, plus on verse de l'eau dans les cabinets, plus le ruisseau est odorant. Les rues dont la pente est peu prononcée deviennent ainsi, à certains moments de la journée, pendant la saison chaude, des foyers d'infection.

J'ai vu ces niches empoisonnées dans le quartier de la plaine St-Michel et dans d'autres quartiers ; au centre même de la ville dans la rue Mazagran. Je ne pouvais en croire mes yeux, ni mon odorat.

Les matières fécales ainsi exposées à l'air, à la chaleur, à l'humidité sont dans les meilleures conditions de fermentation. Les germes morbides qu'elles peuvent renfermer passent dans le ruisseau et vont se répandre sans difficulté dans le voisinage.

2° Rues possédant un égout :

Dans ces rues, chaque maison possède une fosse ou un puisard creusé sous le trottoir et fermé par un tampon de fonte. Ce puisard communique directement d'une part avec le tuyau de chute des cabinets d'aisance installés dans la maison ; d'autre part, avec l'égout. Une simple grille empêchant le passage des matières solides sépare le puisard de l'égout.

décrites jusqu'ici sous le nom de scrofuleuses, serait donc de nature tuberculeuse, et par suite contagieuse et inoculable.

Nous n'avons pas l'intention de nous engager dans un débat aussi obscur, et qui le sera longtemps encore à cause de l'extrême difficulté qu'il y a à faire une seule expérience qui ne soit pas entachée de quelque cause d'erreur, ou qui ne prête pas à plusieurs interprétations ; qu'il nous suffise de dire avec le Dr Guibout que jusqu'à nouvel ordre l'immense majorité des faits cliniques nous permet de soutenir la non contagiosité de la scrofule vraie.

L'enfant scrofuleux a un facies assez spécial, et dès ses premières années il présente un ensemble de phénomènes, assez bénins d'ailleurs, qui ne peut laisser aucun doute sur la nature de la diathèse dont il est atteint. Ce sont des coryzas chroniques avec ulcérations, croûtes, jetage, ozène, des opothalmies rebelles dans lesquelles dominent des manifestations du côté des conjonctives, des blépharites ciliaires avec toutes leurs

Il n'existe nulle part de siphon obturateur ; ni à la jonction de la cuvette des cabinets et du tuyau de chute ; ni à l'embouchure du tuyau de chute dans le puisard ; ni au niveau de communication du puisard et de l'égout.

Dans ce système, sorte de fosse filtrante, les liquides vont se déverser directement à l'égout, mais l'air de la maison communique directement par le tuyau de chute avec celui du puisard, celui de l'égout, et par les bouches d'égout avec la rue, un tirage plus ou moins fort s'établit nécessairement dans ce conduit entre les diverses ouvertures.

Quand les puisards sont remplis, les matières sont retirées à l'aide de seaux et transportées, comme les tinettes mobiles dont nous avons parlé, à l'usine Schlœsing frères, située hors la ville, chemin de la Madrague, et servent à la fabrication d'engrais et de produits chimiques, sulfate d'ammoniaque, etc.

Les puisards sont évidemment défectueux comme installation, mais on ne peut juger des graves inconvénients qu'ils présentent que quand on connait la disposition des égouts, leur distribution, leur mode de terminaison.

Le développement (1) des voies municipales s'élève à 169.340 mètres ; les voies relevant de l'administration préfectorale s'élèvent à 12,710 mètres ; les égouts n'existent que sur une étendue d'environ 35,000 mètres

(1) *Des égouts à Marseille*, par le Dr Albenois (*Marseille médical*, 20 avril 18[illegible]1).

conséquences, distichiasis, trichiasis, ectropion, entropion, parfois des kératites, des otorrhées etc.... Vers l'âge de six ou 10 ans, paraissent les lésions cutanées auxquelles on a donné le nom de scrofulides ; elles ont été déjà précédées, dans la plupart des cas, par des lésions des muqueuses, et par un autre symptôme des plus importants, l'apparition des adénites scrofuleuses. Ces adénites scrofuleuses siègent au cou comme certaines adénites syphilitiques secondaires, mais elles occupent surtout les ganglions parotidiens et sous-maxillaires, quelquefois les ganglions sterno-mastoïdiens antérieurs, tandis que les adénites cervicales de la syphilis secondaire occupent les régions occipitales, mastoïdiennes et cervicales postérieures. Dans la syphilis, les ganglions ont la forme et le volume de petites noisettes, ne s'enflamment et surtout ne suppurent jamais; dans la scrofule, ils atteignent au contraire des dimensions beaucoup plus considérables, peuvent être unilatéraux, se ramollissent parfois, s'enflamment, s'ulcèrent, se vident à l'extérieur.

---

c'est-à-dire sur un cinquième. — Chaque rue offre un modèle différent; depuis l'égout primitif en tuyau de poterie jusqu'au type ovalaire perfectionné, on rencontre une foule de formes au nombre d'environ 40. — Ainsi la rue Vieux-Chemin-de-Rome possède un égout à radier horizontal, type déplorable ; le cours Belsunce a un égout à cunette avec banquette latérale unique ; etc. Les dimensions varient beaucoup également ; tandis que dans certains égouts l'égoutier est forcé de ramper, le collecteur a 3 mètres 35 de hauteur sous clef.

Un mot sur la distribution et la terminaison des principaux égouts. Le grand égout collecteur suit le cours Belsunce, la rue d'Aix, le boulevard des Dames et va se jeter à la mer en dehors des bassins de la Joliette. L'égout de la Cannebière qui reçoit les égouts des rues Paradis et St-Ferréol se rend au vieux fort. Un vieil égout suit le même parcours et reçoit les vidanges numéros pairs de la Cannebière ; derrière la bourse, on trouve encore de petits égouts ; ils débouchent tous dans le vieux port ainsi que l'égout de la rue de la République qui part de la place Centrale et se termine en face de l'église des Augustins. — L'égout de la rue Breteuil part du boulevard Vauban et se termine à l'angle du quai du Canal de Rive-Neuve. Cette énumération rapide a son importance, car elle démontre que les égouts de la plus grande partie du centre de la ville vont tous aboutir au vieux port.

Sur l'autre versant de la ville, on trouve l'égout du boulevard Chave, qui présente une faible inclinaison, et débouche dans une pe-

Les lésions cutanées et muqueuses de la scrofule ont, d'après le Dr Guibout, ce point de ressemblance avec les lésions syphilitiques de même ordre de ne pas être douloureuses; mais elles en diffèrent dans leur marche : celles de la syphilis ont en effet pour grand caractère d'être tantôt généralisées, tantôt localisées, nomades, intermittentes ; celles de la scrofule, au contraire, sont fixes et immuables dans leur durée, dans leur siège, dans leur forme ou tout au moins n'évoluent qu'avec la plus grande lenteur. Le chronicité est un des caractères les plus importants des lésions scrofuleuses ; elles sont, de plus, circonscrites, limitées à une région, à la face dans l'immense majorité des cas. Presque toujours la scrofule doit intéresser les parties profondes, les os et les cartilages ; elle marche, d'après le Dr Guibout, de la superficie vers la profondeur ; la syphilis, au contraire, de la profondeur vers la superficie. Les lésions de la scrofule se développent d'ordinaire sur des parties de peau épaissies et infiltrées ; ce sont donc des lésions hyper-

---

tite rivière, le Jarret. — Le Jarret a un courant d'eau très faible par suite de prises d'eau établies pour les moulins à farine ; pendant l'été, le lit de la rivière est presque à sec ; on devine aisément ce qui doit résulter du déversement de l'égout dans une rivière sans eau courante.

Sans mentionner les autres égouts, ce qui m'entraînerait trop loin, je signalerai cependant le tuyau en poterie de 20 à 22 cent. de diamètre qui, partant de l'Hôtel-Dieu, reçoit les eaux des amphithéâtres, de la Morgue, et se rend par la rue de la Guirlande, la place Villeneuve au vieux port, en face de l'hôtel de ville, près la Corvette-école des mousses.

En résumé, les égouts vont aboutir sur trois points : La Joliette, le vieux port et le Jarret. Les conséquences d'un pareil état de choses sont déplorables.

Le vieux port et surtout le canal de Rive-Neuve exhalent des odeurs pestilentielles; les immondices des ruisseaux, les vidanges, les liquides de l'Hôtel-Dieu, s'y accumulent sans cesse et exigent des dragages constants, car l'eau du vieux port est stagnante par suite de l'étroitesse du canal d'entrée et parce qu'il n'y a pas de reflux dans la Méditerranée. Ces dragages deviennent une cause perpétuelle d'insalubrité.

Quant au Jarret, il n'est plus le *Jarrenus flumen* d'autrefois ; il n'offre souvent que de minces filets d'eau ; aussi, à partir de l'embouchure de l'égout dont nous avons parlé, devient-il un véritable égout collecteur à ciel ouvert où s'amassent les immondices, les matières des

trophiques au premier chef, du moins au début, car à la période de déclin ou de guérison elles deviennent atrophiques, laissant après elles des destructions et des pertes de substance irrémédiables.

Les ulcérations qu'elles déterminent, au lieu d'être nettes, arrondies, au lieu d'avoir des bords en quelque sorte découpés à l'emporte-pièce et adhérents comme les ulcérations syphilitiques, sont irrégulières dans leurs contours, ont des bords amincis, déchiquetés, décollés, livides, un fond inégal et mamelonné. Les croûtes qui les recouvrent sont stratifiées, rayées de noir et de gris, ont un aspect général d'un blanc grisâtre ; celles de la syphilis, au contraire, sont sèches, dures, brunâtres ou d'un vert foncé. Les cicatrices que détermine la syphilis sont lisses, superficielles, décolorées, non adhérentes aux parties sous-jacentes ; celles de la scrofule sont inégales, réticulées, profondes, adhérentes par place aux tissus qu'elles recouvrent.

Tel est le tableau d'ensemble que le Dr Guibout a tracé des

---

vidanges, les cadavres d'animaux. Les eaux ainsi souillées se rendent par l'Huveaune à la plage du Prado.

Marseille, à l'est, au sud, à l'ouest, est donc entourée d'un grand égout collecteur à ciel ouvert : le Jarret, l'Huveaune, le vieux port.

De cette cause d'insalubrité, il convient de rapprocher les inconvénients résultant des systèmes de vidanges adoptés : tinettes filtrantes, puisards, qui empoisonnent toutes les rues de la ville.

Sans qu'il soit besoin de signaler d'autres causes fort nombreuses d'insalubrité, l'intérieur comme l'extérieur de la ville de Marseille, ainsi qu'on le voit, présente des conditions déplorables d'hygiène. De tous côtés l'air est souillé par les émanations de matières putrescibles.

On éprouve de l'étonnement et de l'affliction devant cette insouciance qui fait méconnaître dans une ville comme Marseille toutes les règles de l'hygiène publique. Il y aurait négligence coupable à laisser se continuer de pareilles pratiques.

Les remèdes à apporter peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° Interdire l'usage des tinettes filtrantes ;

2° Exiger l'emploi de siphons obturateurs dans le système des puisards ;

3° Combler le canal de Rive-Neuve devenu sans utilité et dont l'eau stagnante exhale des odeurs nauséabondes, malsaines, au centre même de la ville ;

lésions que peut déterminer la scrofule du côté des téguments. Il est sûr qu'en clinique on ne trouve pas toujours une netteté aussi parfaite entre les manifestations de la scrofule et celles de la syphilis, et qu'il est parfois nécessaire de recourir au traitement antisyphilitique pour pouvoir poser un diagnostic précis : mais il n'en est pas moins vrai qu'aidé des principes que nous avons tâché de résumer, en pourra souvent reconnaître d'emblée la constitution du malade et la nature de ses lésions. (*France médicale*, nos 68, 69, 70, 1884.)

L. Brocq.

ETUDE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE SUR LA VISION MENTALE,

Par le Dr Georges Crouigneau (*Thèse inaug.*, 1884, chez Delahaye).

La vision mentale est une faculté intellectuelle qui consiste à percevoir et à concevoir les impressions qui viennent frapper notre rétine.

4° Etudier les travaux qu'il conviendrait d'exécuter pour que les égouts ne viennent plus se terminer dans le vieux port et le Jarret ;

5° Achever le réseau d'égouts ; reconstruire les vieux égouts et tous ceux qui donnent naissance à de nombreuses et nuisibles infiltrations ;

6° Remédier aux causes d'insalubrité de certains quartiers tenant : à des travaux de voirie inachevés ; à la présence d'établissements insalubres, etc.

Marseille doit être une ville salubre ; elle est assez riche pour être une ville propre.

Marius Rey.

Vacances médicales. — Voir pour les postes médicaux vacants aux annonces

Chercher à établir nettement son existence en s'appuyant sur la physiologie expérimentale, sur les données cliniques et anatomo-pathologique; différencier les uns des autres les symptômes sous lesquels nous apparaissent ses lésions (cécité psychique, cécité corticale, cécité verbale), symptômes si souvent confondus par la plupart des auteurs, tel est le but de cet ouvrage.

C'est l'Allemagne, puis l'Angleterre qui ont, dans ces années dernières attiré notre attention sur ces manifestations morbides passées jusque-là inaperçues. Kussmaul, le premier, a décrit la cécité des mots (*Wortblindheit*,dans son ouvrage die *Stœrungen dr Sprache.* (Leipzig, 1877) ; Fürstner a signalé la cécité des objets il y a à peine cinq ans ; depuis, plusieurs observateurs tant en Allemagne, qu'en Angleterre, et en France ont rapporté des cas analogues, parmi lesquels le plus net, le plus intéressant comme précision est celui que nous devons à M. Charcot, que nous trouvons dans ses Leçons cliniques à la Salpêtrière (*Progrès Médical* du 21 juillet 1883, n° 29, p. 568), mais tous ont plus ou moins confondu ces deux symptômes : cécité des objets, cécité des signes, symptômes qui ont cependant une évolution clinique, une étiologie, une pathogénie entièrement différentes, et qui semblent même présenter un siège de lésions parfaitement distinct.

L'auteur s'est efforcé, autant qu'il est possible dans l'état actuel de la science sur ces questions toutes nouvelles, d'établir l'identité propre de chacune de ces manifestations morbides, en les mettant pour la première fois en parallèle, et en montrant, en même temps que les liens qui les unissent, les caractères parfaitement tranchés qui les séparent.

Après un rapide coup d'œil sur l'historique de la question, M. Crouignaux divise son travail en trois parties :

1re *partie* : Physiologie de la vision mentale d'après les données de la vivisection ; étude de Munk, Mauthner, Goltz, Ferrier ; expériences.

2e *partie* : De la vision mentale des objets d'après les données cliniques et anatomo-pathologiques coordonnées (cécité psychique, cécité corticale).

3e *partie* : De la vision mentale des signes (cécité verbale).

I. — *A.* Notre mémoire n'est pas une, mais elle est multiple.

Chacun de nos organes a la sienne qui lui sert à obéir avec rapidité et précision selon notre volonté. « Il n'y a donc pas une mémoire, mais des mémoires ; il n'y a pas un siège de la mémoire, mais des sièges particuliers pour chaque mémoire particulière. (Ribot, *les Maladies de la mémoire*). » La pathologie vient entièrement corroborer cette assertion. Aussi presque tous les auteurs qui étudient aujourd'hui le système nerveux, admettent-ils les deux propositions générales suivantes : 1° Tout souvenir a son siège dans certaines parties déterminées de l'encéphale ; 2° L'encéphale comprend un certain nombre de régions différentes, dont chacune possède une fonction propre, tout en restant dans la connexion la plus intime avec les autres.

C'est l'expérience d'une part, la clinique de l'autre, qui doivent seuls guider dans les recherches difficiles et délicates qui ont pour but la détermination de ces différents centres.

B. En Allemagne, H. Munk, dans ses nombreuses et remarquables expériences sur les chiens et les singes, est arrivé aux résultats suivants : le lobe occipital est en rapport avec le sens de la vue, le lobe temporal avec le sens de l'ouïe. En enlevant certaines parties déterminées dans le lobe occipital, on fait disparaître ce qu'il appelle les *images du souvenir d'ordre visuel*, c'est-à-dire que les animaux voient bien les personnes, les lieux, les objets qui leur sont familiers, mais *ils ne les reconnaissent pas*. C'est là la *cécité psychique*. Il désigne cette zone sous la dénomination de zone A^1. Ce serait chez le chien le siège de la conception visuelle des objets et en même temps de la vue centrale. L'extirpation d'une des régions de l'écorce grise autour du point A^1 détermine dans la rétine la formation d'un *punctum cœcum*, différent du *punctum* cœcum normal.

Lorsque toute l'écorce du lobe occipital est enlevée, le chien n'y voit plus du tout, il est atteint de *cécité corticale*.

Chez le singe, l'ablation à peu près complète de la surface convexe du lobe occipital le rend *hémiopique* ; il y a de la cécité des deux moitiés correspondantes des rétines.

En Angleterre, David Ferrier a repris ces expériences sur



des chiens, des singes et des chats. Les résultats diffèrent un peu. Pour lui, c'est la destruction du *gyrus angulaire* (pli courbe), qui provoquerait la cécité de l'œil opposé, tandis que pour Munk, ce n'est que le centre de la sensibilité des yeux.

Il n'a pas remarqué d'hémiopie chez les singes à la suite de ces lésions. Chez eux comme chez les autres animaux (chiens, chats), l'action croisée des hémisphères est complète en ce qui concerne la vision. Dans tous les cas, la cécité est passagère, si l'un des deux côtés est encore sain, ou s'il reste quelque partie de l'écorce cérébrale du lobe occipital non atteinte. Il se produit des phénomènes de compensation. La cécité est permanente lorsque la destruction est totale sur les deux lobes.

C. M. Crouigneaux a essayé de contrôler ces résultats, et pour ce, il a divisé ses expériences personnelles en deux parties. Dans la première série, il n'a détruit que l'écorce du gyrus angulaire, d'abord d'un seul côté, puis des deux successivement chez le même animal, enfin des deux à la fois.

Dans la seconde, il a enlevé l'écorce cérébrale de tout le lobe occipital y compris le gyrus angulaire. Il n'a pu obtenir cette lésion que d'un seul côté, l'animal ne pouvant supporter la double opération — Il a constamment opéré sur des chats. Ses résultats ont été les suivants :

Il n'a jamais pu obtenir la cécité en ne détruisant que le gyrus angulaire ; il n'observait alors qu'une diminution très notable dans l'acuité visuelle, dans la faculté de perception.

Ce n'est qu'après avoir détruit, comme Munk, toute l'écorce du lobe occipital, que l'animal a cessé complètement de voir de l'œil opposé à la lésion.

(*A suivre.*)



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

De la cause de la forme particulière du bassin de la femme, par Veit, de Berlin.—Aux recherches scientifiques, sur

un sujet de ce genre, doivent s'ajouter un historique et des détails d'observation. Litzmann donne comme facteurs produisant la forme du bassin : 1° la position primitive, le développement et l'accroissement des éléments du bassin : 2° le poids du corps qui lui est superposé ; 3° la résistance des os et des cartilages du bassin ; 4° la traction et la pression des muscles qui s'y attachent. Fehling, dans son ouvrage sur ce sujet, conclut que, 1° la direction originelle du bassin fœtal est transverse et que cette position est prise de très bonne heure pendant la vie fœtale ; 2° les différences dans le sexe sont de bonne heure indiquées par des différences dans la forme du bassin ; 3° le bassin possède une courbe suivant le grand diamètre du sacrum ; 4° l'analogie du diamètre transverse, etc., avec les singularités semblables du bassin rachitique chez les adultes, prouve qu'il n'y a dans ces cas qu'une persistance des conditions fœtales. Sur ces conclusions l'auteur termine en disant et en donnant les raisons à l'appui, que le bassin rachitique fœtal n'a aucun rapport avec les formes postérieures de cette structure et que ni la conclusion en ce qui touche la permanence de la forme, ni celle de l'action de la force musculaire sur la direction ne peuvent être admises. L'étude du bassin de l'enfant nouveau-né est importante, cependant, dans ses rapports avec le sujet actuel. Il s'appuie sur le fait suivant, à savoir, que le promontoire qui d'abord est situé au-dessus du détroit supérieur, est à la fin situé sur le même plan ; et s'il en est ainsi, la forme originelle du bassin ne peut pas être permanente. En plus des conclusions déjà mentionnées l'auteur trouve que le bassin normal de l'adulte diffère dans sa conformation du bassin normal du nouveau-né, les facteurs qui produisent le changement étant extra-utérins ; que les formations pathologiques du bassin surviennent chez le nouveau-né, par le fait de déformations générales ou locales, et que ces dernières conditions n'ont pas de relation génératrice avec les conditions similaires chez l'adulte. Pour certaines variétés de bassins rétrécis, la théorie de Litzmann sur l'effet de la pression du corps superposé, offre une explication suffisante, mais les autres éléments de sa théorie (traction musculaire, etc.) ne s'appuient pas, quant à présent, sur des preuves suffisamment assises. — *Amer. Journ. of obstetrics.* April 1884, et *Zeit. f. geb. u. gyn.*, Band IX, Helft 2.) Dr OLIVIER.

De la mort subite pendant la crise d'hystérie, par le Dr H. MOLLIERE, méd. des hôp. de Lyon. — La mort survenant brusquement pendant une attaque d'hystérie est un fait peu commun, et les auteurs ne sont pas d'accord sur le mécanisme de cette terminaison qu'ils attribuent à l'asphyxie, à la syncope ou à l'apoplexie. Forcaud, dans son Traité de Pathologie dit que l'hystérie peut tuer de deux manières : « par une mort subite que les autopsies n'expliquent pas et par des congestions ou des hémorrhagies cérébrales causées par les attaques violentes et prolongées ». Dans son mémoire lu à la société des sciences médicales de Lyon, après avoir passé en revue presque tous les cas connus, notre savant confrère Mollière cite deux nouveaux cas observés par lui et dont il a fait les autopsies avec le plus grand soin. Chez la première malade on trouva plusieurs plaques jaunes sur la protubérance et le bulbe et qui pénétraient plus ou moins profondément. « Nul doute, dit-il, qu'à la suite d'une simple émotion, une congestion même légère autour de pareilles néoplasmes, n'ait amené la compression des régions indispensables à la vie et par suite une mort rapide. » Dans le second cas l'autopsie pratiquée 24 h. après la mort a donné des résultats absolument négatifs. M. Mollière pense que la constriction du larynx a été la cause de la terminaison fatale. Voici, du reste, comment il s'exprime à ce sujet : Qu'y a-t-il d'étonnant que l'exagération du laryngisme qui est la règle dans la crise hystérique, atteigne un paroxysme susceptible de s'opposer entièrement à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires et détermine de la sorte une asphyxie définitive ? » (Société des sciences médicales de Lyon.)

Dr H. CELLARD.

Note sur l'Ecorce du Piscidia Crythrina, par M. LIMOUSIN Phn (1). — J'ai l'honneur de présenter à la Société de Médecine pratique un échantillon d'Ecorce de *Piscidia erythrina*, que j ai fait venir d'Amérique sur la demande du Dr Paul Landowski, qui a fait, l'année dernière, à Rouen, au Congrès de l'*Association française pour l'avancement des Sciences*, une communication sur les propriétés narcotiques de cette substance.

(1) Travail lu à la Société de médecine pratique.

Notre collègue le Dr Duchesne, dans son rapport sur les médicaments nouveaux, a déjà entretenu la Société de ce nouvel agent thérapeutique.

Cette écorce est fournie par le piscidia erythrina, plante de la famille des légumineuses papillionacées (Tribu des Dalgerbiées) Linné.

C'est un arbuste des Antilles dont le nom indique à la fois la couleur éclatante de sa fleur (ἐρυθρός) rouge et l'action stupéfiante qu'elle exerce sur les poissons (Piscidia), car cette propriété fait qu'on l'emploie aux Antilles comme succédané de la Coque du Levant. Les habitants de cette région l'utilisent aussi pour tremper le bout des flèches destinées à la chasse des oiseaux. Les Anglais nomment cette substance *Jamaïca Dogwood* (Bois de chien).

Longtemps avant les recherches du Dr Ott, de Philadelphie, et de ceux qui, suivant son exemple, ont expérimenté les propriétés curieuses de cette substance, le Dr W. Hamilton, de Plymouth, dès 1844, pendant son séjour aux Antilles, avait constaté sur lui-même l'action sédative et soporifique de cette écorce (2).

M. Edw. Hart (3) en a retiré un alcaloïde cristallisable en traitant l'extrait fluide par la chaux. Il en a obtenu 1 gramme par livre d'extrait.

La formule, selon lui, correspond à $C^{29} H^{24} O^{8}$. Les cristaux sont des prismes incolores, fusibles vers 192°, insolubles dans l'eau, très solubles dans l'alcool chaud. La solution alcoolique est neutre au papier de tournesol.

M. Mart constate que la Piscidine se dissout dans l'acide chlorhydrique concentré et dans l'acide sulfurique ; mais il ne paraît pas avoir obtenu de sels critallisables de cet alcaloïde.

Je présente à la Société une petite quantité d'extrait fluide de cette substance, que j'ai préparé suivant la méthode de la Pharmacopée des Etats-Unis, c'est-à-dire de façon à ce que le poids de l'extrait représente très exactement le même poids que celui de la substance employée. Voici le procédé : on traite, par déplacement, 500 grammes d'écorce de Piscidia préalablement pulvérisée et humectée, avec environ 900 gr. d'alcool à 60°.

(2) *Pharmaceutical Journal and transactions*. Août 1884.
(3) *American Journal of Pharmacy*.

On distille le produit de façon à obtenir environ 300 gr. de liquide restant dans la cucurbite ; on évapore ce résidu à moitié de son poids, soit 150 gr., et on y ajoute q. s. de l'alcool obtenu par distillation pour ramener au poids égal à celui de l'écorce employée, soit 500 grammes.

Cet extrait fluide (espèce de teinture), additionné d'eau ou de sirop, donne un mélange trouble. Les potions préparées avec ce produit ont l'aspect d'une émulsion grisâtre ; aussi doit-on recommander de les agiter avant leur administration.

En substituant 100 gr. de glycérine à 100 grammes d'alcool ; (au moment où on complète le poids de l'extrait évaporé), on obtient un produit qui donne une émulsion plus uniforme et plus stable.

La dose ordinairement employée, pour obtenir des effets soporifiques et sédatifs, est de 3 à 4 grammes d'extrait fluide qu'on administre habituellement en une seule fois.

Le Dr Landowski continue avec cette préparation, dont je lui ai remis une certaine quantité, des expériences, dont je ferai connaître le résultat à la Société, dès qu'elles seront terminées.

Un mot sur le morphinisme chronique et l'amorphinisme. — Le professeur Charcot a démontré dans ses leçons à la Salpêtrière que n'est pas morphinique qui veut ; il y a des individus réfractaires à l'action de la morphine, soit qu'ils éprouvent à chaque piqûre des accidents tellement pénibles, état nauséeux, vertiges, vomissements, palpitations et un tel malaise général, qu'ils ne peuvent se résigner à se soumettre à de nouvelles épreuves, qui, si on continue, peuvent amener des phénomènes gastro-intestinaux de plus en plus graves, l'amaigrissement et enfin l'épuisement ; il en est d'autres qu'une seule piqûre foudroie, soit à cause du mauvais état des reins, qui n'éliminent plus le poison, soit par le fait d'un état athémateux artériel ou même cardiaque, soit enfin par le fait de ces idiosyncrasies inexplicables.

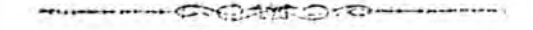
Le morphinique, si on lui supprime ses injections, si on en diminue le nombre, si on les éloigne, éprouve un malaise général ; il se plaint, il souffre.

L'amorphinisme présente des phénomènes de l'intoxication chronique ; c'est le malade qui les décrit : le premier phénomène de l'amorphinisme consiste dans cette sorte de morphio-

manie somatique qui fait que l'organisme déjà imprégné s'aperçoit et se révolte d'un retard ou d'une suspension dans l'administration habituelle du poison.

M. Gouet, qui a fait une thèse sur ce sujet, dit que les aliénés ont une tolérance beaucoup plus grande que la plupart des personnes saines d'esprit pour la morphine et qu'ils deviennent, par conséquent, beaucoup plus difficilement morphiniques. M. Voisin est le premier qui ait noté ce phénomène, il ajoute que le morphinique morphiomane est toujours en puissance d'un état pathologique des plus dangereux, d'abord à cause des accidents qui peuvent arriver et ensuite parce qu'il peut se trouver dépourvu de tous moyens de continuer ses injections morphinées.

Traitement du pityriasis versicolor, par Parson.— D'après l'auteur, des applications de soufre précipité sur les endroits malades donnent de remarquables résultats dans le traitement du pityriasis versicolor (microsporon furfur). La poudre sèche aurait beaucoup d'avantages sur les lotions et les pommades soufrées. Les lotions ne permettraient pas d'appliquer régulièrement le soufre sur les surfaces atteintes, et les pommades auraient pour inconvénients principaux de tacher les vête ments et d'être peu efficaces. Certes, les préparations soufrées sont très bonnes dans toutes les affections parasitaires de la peau, mais dans le pityriasis versicolor la guérison par ce procédé se fait trop longtemps attendre. Le moyen le plus simple de faire disparaître rapidement cette affection consiste à faire pratiquer au malade chaque jour pendant un quart d'heure sur toutes les parties atteintes une friction vigoureuse au savon noir, on laisse sécher la mousse sans essuyer, puis on lave à grande eau. On donne en même temps des bains sulfureux. J'ai toujours jusqu'ici obtenu la guérison en quatre ou cinq jours par ce procédé. (*Brit. med. Journal* mars 1884). L.B.



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies des enfants, par le Dr ARCHAMBAULT (Paris, Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, et *Progrès médical*.) — Les leçons cliniques du Dr Archambault que l'on vient de réunir en volume ont déjà paru dans le *Progrès médical*; elles sont donc connues. Nous demandons cependant la permission d'attirer de nouveau l'attention de nos lecteurs sur ces quelques leçons. C'est qu'en effet elles sont d'une importance capitale pour le médecin qui se trouve journellement aux prises avec les difficultés de la pratique. Les cinq premières leçons sont consacrées à l'allaitement, à la dentition et à ses accidents, et au sevrage. L'auteur, après avoir fait une étude comparée du lait de femme et des autres laits, arrive à l'allaitement et préconise, cela va sans dire, l'allaitement maternel ; il passe en revue les signes qui permettent de reconnaître pendant la grossesse si une femme pourra nourrir, et établit les conditions que doit remplir une nourrice pour être bonne. Après avoir dit quelques mots de l'influence des diathèses, qui ne se transmettraient pas par le lait, l'auteur étudie longuement la syphilis dans ses rapports avec l'allaitement.

Le médecin trouvera là la solution d'une foule de difficultés pratiques souvent fort embarrassantes. M. Archambault insiste sur la pesée régulière et méthodique des enfants ; c'est un excellent moyen de contrôle, qui permet de reconnaître si l'enfant se porte bien, s'il prend une quantité suffisante de lait, etc...

La dentition est une période que les mères ne voient pas arriver sans crainte; c'est qu'en effet elle s'accompagne assez fréquemment d'accidents locaux ou généraux. Lorsque ces accidents seront peu marqués, des bains et une potion au bromure de potassium suffiront généralement à les calmer. Pour les cas plus graves et pour les accidents locaux on trouvera un traitement détaillé et sur lequel nous ne pouvons nous étendre ici.

A quel âge faut-il sevrer un enfant ? C'est là une question

que l'on ne peut résoudre d'un mot. On pratique le sevrage à tous les âges et il est impossible de fixer une règle générale. Ce qu'il importe, c'est d'habituer d'avance l'enfant à prendre les aliments qui doivent remplacer le lait maternel. Il faut le sevrer autant que possible entre deux évolutions de dents, mais tant qu'il n'aura pas ses 20 dents, le lait doit constituer la plus forte partie de son alimentation. Si l'enfant est délicat il faut le sevrer le plus tard possible.

La sixième leçon est consacrée à la paralysie diphthéritique. Cette affection, ou plutôt cette complication, y est décrite avec beaucoup de soin et le paragraphe consacré au traitement est fort complet.

L'emploi des vésicatoires fait l'objet de la septième leçon ; l'auteur réagit contre l'abus des vésicatoires chez l'enfant ; on ne doit l'employer qu'avec précaution et ne le laisser que peu de temps ; il doit être petit, recouvert d'un papier huilé et on ne doit jamais appliquer à la nuque ni à la région postérieure de la poitrine. Dans leur l'application il faut tenir compte de l'état général de l'enfant, du milieu dans lequel il se trouve, de la maladie dont il est atteint. Tout le monde connait la haute compétence du Dr Archambault pour le croup et son extrême habileté opératoire; aussi la 9e leçon consacrée aux indications et contre-indications de la trachéotomie, sera-t-elle lue avec intérêt et profit.

Les deux dernières leçons enfin nous fournissent une étude succincte, mais assez complète, de la coqueluche et de son traitement.

Ainsi qu'on a pu en juger par cette courte analyse, ce sont des leçons faites en vue de la pratique journalière et qui sont appelées à rendre de grands services.

D^r^ Ad. OLIVIER.

pendant les épidémies les plus terribles, le choléra n'a] mis les pieds à Cauterets. Les microbes n'aiment pas l'altitude de cette station pyrénéenne; son air ozoné, le soufre contenu dans ses sources chaudes leur sont contraires.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le Choléra. — M. Jules Guérin lit une lettre de M. le Dr Dutrieux, médecin de l'hôpital d'Alexandrie, actuellement à Marseille, et montrant qu'il existait à Toulon et à Marseille une constitution médicale prémonitoire avant le début officiel de l'épidémie de choléra.

M. Proust fait remarquer que M. Dutrieux, qui habite ordinairement Alexandrie, n'est venu à Marseille q après l'apparition du choléra, et que, par suite, il doit être moins au courant que les médecins de Toulon et de Marseille de ce qui se passait dans ces villes avant l'apparition du choléra.

M. Léon Colin, qui n'a pu assister à la dernière séance. maintient son opinion sur la valeur des garde-robes au point de vue de leur coloration, comme moyen de diagnostic entre le choléra nostras et le choléra indien.

M. N. Gueneau de Mussy. — Au milieu des opinions médicales actuelles, il n'y a qu'une seule dissonance, c'est l'opinion que, depuis cinquante ans, M. J. Guérin soutient avec tant d'éloquence et de talent. En 1832, cette doctrine était généralement acceptée. En 1849, dans une commission de 16 médecins des hôpitaux, seuls Grisolle et M. Gueneau de Mussy soutenaient la doctrine de la contagion. Depuis, la contagion a été mise hors de doute par les recherches de M. Budd, et actuellement peu de médecins soutiendraient les idées contraires.

M. Gueneau tient surtout à parler aujourd'hui des mesures prophylactiques à opposer au choléra. Au premier rang de ces

mesures se pose la question des eaux et des vidanges. Dans le choléra, comme dans la fièvre typhoïde, le principe contagieux se localise dans les mêmes organes et s'élimine par les mêmes voies.

Ne peut-on pas demander à l'administration qu'elle réserve les eaux de sources exclusivement pour les usages domestiques ? Les eaux limoneuses et impures de la Seine, de la Marne et de l'Ourcq devraient être proscrites de l'alimentation.

M. Gueneau de Mussy parle ensuite de la question des vidanges. Les égouts n'ont pas assez de pente et ne sont pas assez balayés par les eaux. Les matières devraient être transportées dans des conduits spéciaux. Un seul moyen peut remédier à l'état de choses actuel, c'est la désinfection des matières fécales.

Pour que cette désinfection soit efficace, il faut qu'elle soit obligatoire ; il faut, en outre, rendre obligatoire la déclaration des maladies infectieuses. A cette dernière mesure on a fait de nombreuses objections, on a surtout objecté la liberté individuelle et la violation du secret professionnel.

La liberté individuelle, M. Gueneau de Mussy trouve qu'elle doit fléchir devant l'intérêt commun. Quant à la violation du secret médical, il pense qu'on devrait inscrire dans la loi l'obligation pour le médecin, la famille, le chef d'atelier ou le propriétaire de la maison, de déclarer à l'autorité les maladies contagieuses.

Il faudrait enfin créer un bureau de la santé publique. Cela existe déjà en Belgique. M. Besnier a demandé la création de chaires d'épidémiologie, mais le bureau de la santé serait bien plus nécessaire. L'Académie pourrait réclamer la création du bureau de santé comme une institution sanitaire indispensable.

M. le président annonce à l'Académie qu'il a reçu une lettre de MM. les Drs Straus et Roux et propose d'entendre la communication de ces confrères (Approbation unanime). La parole est à M. Straus.

M. Straus, en son nom et en celui de M. Roux, expose la continuation de leurs recherches faites sur le choléra à Toulon.

Dès la première autopsie, nous pouvions constater l'identité des cas que nous avions sous les yeux avec ceux que nous avions déjà vus en Egypte.

Les symptômes et les lésions macroscopiques du choléra sont de telle nature que c'est dans l'intestin qu'on est porté à chercher le siège de cette maladie. Dans des coupes de l'intestin, on pouvait trouver des microorganismes nombreux, d'aspect et de dimensions variables. Quelquefois ces bacilles arrivaient jusqu'à la sous-muqueuse sans pénétrer dans le système sanguin ni dans la musculeuse ; ces bacilles étaient surtout communs dans la dernière portion de l'intestin grêle. S'il existait réellement entre l'un de ces microbes et le choléra une relation de cause à effet, on devrait retrouver le même microbe dans toutes les autopsies de cholériques. Ce fait ne s'est pas rencontré.

Dans un cas suraigu, MM. Straus et Roux n'ont pu rencontrer de bacilles. Dans un autre cas suraigu le nombre de bacilles était fort peu considérable ; or, ce sont précisément ces cas dans lesquels on devrait retrouver le plus de bacilles.

M. Koch, au contraire, dit avoir trouvé dans tous les cas de choléra le même bacille, surtout abondant dans l'épaisseur des glandes en tube et des villosités. Le siège principal de ces altérations était la dernière partie de l'intestin grêle. Ainsi, pour M. Koch, le choléra est caractérisé par la présence constante dans la dernière partie de l'intestin grêle d'un bacille spécial qui rappelle celui de la morve.

Au contraire, MM. Straus et Roux ont fait à Toulon les mêmes constatations qu'à Alexandrie, c'est-à-dire que dans bon nombre de cas de choléra, et particulièrement dans les plus caractérisés, on ne trouve pas le bacille.

Restait à savoir si M. Koch usait d'un procédé spécial de coloration qui permît seul de constater le microbe ; mais, des explications orales qui ont eu lieu à Toulon, il résulte que les procédés de coloration et de recherches ont été les mêmes des deux côtés. M. Straus peut donc affirmer avec la même force qu'on ne trouve pas de bacilles dans tous les cas de choléra.

Il est vrai que les conditions exigées par M. Koch pour faire les recherches sont assez fugaces. Actuellement il ne fait plus porter ses recherches sur l'intestin lui-même ; il faut prendre, dit-il maintenant, des selles fraîches de malades ayant succombé dans la période algide du choléra.

Sur les dix-huit autopsies qu'ils ont faites, MM. Straus et Roux ont rencontré deux fois seulement en abondance le ba-

cille en virgule ; mais en général le nombre des bacilles est si grand et le bacille en virgule prédomine si rarement qu'on ne peut lui attacher aucune importance.

Il est donc certain qu'il existe souvent dans les intestins et les selles des cholériques des bacilles en virgule, mais est-on en droit d'en conclure que ce bacille est l'organisme du choléra ? M. Straus ne le pense pas. Tant que l'on ne pourra provoquer le choléra par l'inoculation du bacille en virgule chez les animaux, on pourra penser que le bacille en virgule se trouve seulement chez un certain nombre de cholériques, parce qu'il y trouve des conditions favorables à son développement.

D'ailleurs, si l'on trouve un seul bacille en virgule dans des cas absolument différents du choléra, la démonstration de M. Koch perd toute sa valeur. Or le bacille en virgule a été trouvé dans des maladies très variables, même dans la leucorrhée vaginale, par quelques auteurs, en particulier par M. Malassez et par M. Straus.

A Alexandrie et à Toulon, MM. Straus et Roux ont trouvé dans un grand nombre de cas des corpuscules spéciaux dans le sang des cholériques ; mais d'accord avec M. Malassez, ces auteurs pensent qu'il s'agit uniquement d'une altération de l'hémoglobine.

M. le Président remercie M. Straus et le félicite, au nom de l'Académie, de ses travaux, de sa persévérance et de son dévouement à la science.

Sur la proposition de M. Roger, l'Académie décide que, par exception, la communication de M. Straus sera insérée in extenso dans le Bulletin.

M. Bonnefond, correspondant, lit un travail sur le choléra dont nous publierons les conclusions.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE

Séance du 7 avril 1884.

Présidence de M. Danjoy, vice-président.

EXAMEN CRITIQUE DES PRINCIPAUX PROCÉDÉS APPLIQUÉS A LA PULVÉRISATION DES EAUX MINÉRALES (*Suite*).

Par le Dr Paul Bénard.

Un simple bouton percé d'un trou remplit les deux indications : la finesse et la direction constante. De plus, son calibre

que l'on peut faire correspondre à des numéros, permet de graduer ou de *doser* suivant les cas le degré de grosseur du jet. Mais l'orifice est si souvent obstrué par les dépôts de la matière organique des eaux minérales que l'on est, dans beaucoup de stations, continuellement obligé d'interrompre la pulvérisation pour déboucher l'orifice, ou changer le bouton. Pour nous, qui tenons particulièrement à la finesse de la pulvérisation, nous avons dû renoncer complètement, à St-Christian, à ce procédé déjà rejeté par notre distingué prédécesseur le Dr Tillot. Cependant, l'eau de cette station est fort limpide et moyennement chargée de matière organique.

Pour remédier à cet inconvénient, on a eu recours à différents mécanismes donnant un orifice dont l'ouverture peut être augmentée ou diminuée à volonté. De ce nombre est le robinet à rainure bien connu (de Sales-Girons) (2). La finesse de son jet est illimitée, mais il présente le grave inconvénient de ne pas imprimer au jet une direction constante. Celui-ci se relève ou s'abaisse suivant que la pression augmente ou diminue et suivant que le jet est plus ou moins volumineux. Tous les appareils *à orifice variable* tombent nécessairement dans le même défaut.

Quelques-uns d'entre eux, formés d'une plaque creusée d'une gouttière rectiligne que ferme, dans une plus ou moins grande partie de son trajet, une autre plaque glissant sur la première (ceux de Mathieu et de Capron appartiennent à cette catégorie) donnent peut-être une direction un peu meilleure ; mais la précision qu'exige leur construction et surtout le réglage difficile de la vis destinée à maintenir les deux surfaces planes en contact, tout en conservant leur mobilité, ne les rendent guère préférables au précédent. D'autres, enfin, comme l'appareil inhalateur à double lentilles de Mathieu présentent bien un canal véritable donnant, par conséquent, au jet une direction constante; mais la nécessité de dévisser ou de revisser l'une des parois pour dégager l'orifice

(1) *Annales de la Société d'hydrologie*, t. VII.

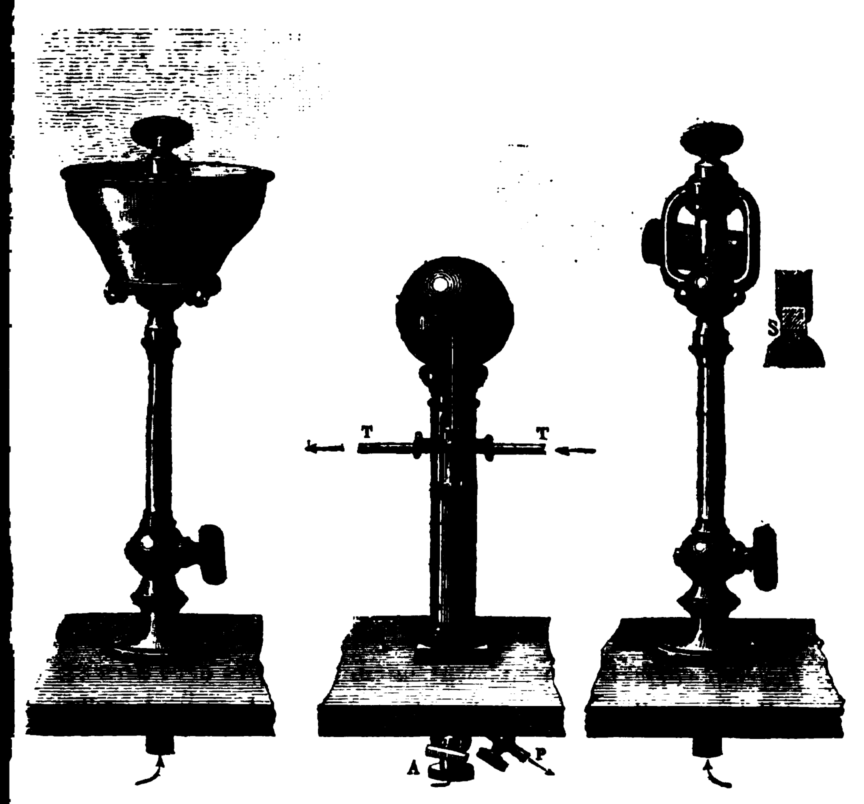


Fig. X et XI.

Appareil de Galante.

S : Point de contact des deux surfaces planes maintenues en contact par la pression de la tige supérieure. Celle-ci est fixée elle-même par un tenon engagé dans une échancrure hélicoïdale. Sur la plaque inférieure sont tracées une ou plusieurs rainures dans la première figure, la colonne est munie d'un tambour. Dans la seconde, d'une cuvette ou portion de sphère destinée à l'inhalation. La nature des matériaux employés (le cristal en particulier) s'oppose dans une certaine mesure aux altérations produites ou subies par les surfaces métalliques.

obstrué est un grave inconvénient. L'appareil de Galante, construit suivant les indications du Dr Gilbert d'Hercourt, serait préférable à ce point de vue, car la plaque de verre formant la paroi supérieure des gouttières divergentes tracées sur la plaque inférieure, n'est appliquée sur cette dernière que par la pression d'une tige de métal qu'un très léger mouvement de rota-

tion permet de soulever à volonté ; mais son prix élevé est un obstacle à sa vulgarisation. Ces deux derniers systèmes, d'ailleurs ne permettent pas de modifier la grosseur du jet, tandis que les précédents tombent dans un défaut contraire. Ne pouvant être réglés que par tâtonnement, le volume de leur colonne liquide doit être abandonné sans contrôle à l'appréciation des personnes chargées d'administrer la pulvérisation.

De l'imperfection de ces appareils il résulte que, dans la plupart des salles de pulvérisation, on se sert du simple bouton filiforme, malgré l'inconvénient qu'il présente. Cet inconvénient est encore aggravé par la tendance inévitable des gens de service chargés d'administrer la pulvérisation à se servir de boutons d'un calibre beaucoup trop considérable, condition très défavorable à la finesse de la pulvérisation.

Nous avons cherché, pour remédier à cet état de choses, à réunir dans un seul appareil les avantages des deux catégories d'orifices, c'est-à-dire *la direction du jet, le nettoyage spontané* du conduit et le *calibre constant pour chaque numéro,* mais *pouvant varier instantanément suivant le chiffre de ce dernier.*

Cet appareil se compose d'un trou de cône A presque cylindrique comparable à la clef d'un robinet. Sa base, vissée sur le tube de distribution, est percée d'un trou qui vient s'ouvrir vers le milieu de la surface de ce cône en O. Autour de cette partie centrale tourne une couronne ou barillet B, creusée de gouttières rectilignes dirigées suivant les génératrices du cône. Leur extrémité inférieure, terminée en cul-de-sac, présente un assez fort calibre, tandis que la supérieure, qui vient s'ouvrir sur le bord libre du barillet est d'une finesse extrême. Le calibre de ces gouttières est réglé par des numéros gravés à l'extérieur. Dès qu'une gouttière est placée en face de l'orifice latéral, le liquide ne rencontre pas seulement un orfice de sortie, mais un véritable canal rectiligne qui lui imprime une direction constante. Mettant à profit une ingénieuse idée que nous avait suggérée notre excellent ami et confrère le Dr G. Vincent, nous avons disposé sur le bord supérieur du trou de cône des échancrures obliques profondes (E). Si une gouttière vient à s'engorger, il suffit

d'imprimer un très léger mouvement de rotation à la molette du barillet pour mettre la partie fine de la gouttière en rapport avec l'une des échancrures de la partie centrale A et pour faire ainsi disparaître *successivement* toute l'étendue de la paroi interne du canal dans sa portion étroite. L'obstacle n'étant plus maintenu de ce côté est facilement expulsé par la violence du jet. Les échancrures répétées sur le barillet empêchent l'accu-



Fig. XII.

Robinet pulvérisateur à gouttières rectilignes.

A, Partie centrale fixe. — O, Orifice latéral du canal central communiquant avec la pompe. — B, Barillet brisé de façon à laisser voir les gouttières numérotées *aa* dont la base élargie est mise en communication avec l'orifice O. Leur portion terminale très fine, qui répond normalement au sommet tronqué de l'angle A *ee* de la figure A, peut être mise en rapport momentanément avec les échancrures *ee* lorsque le canal capillaire est obstrué.

mulation de l'eau autour de l'orifice qui se trouve alors situé sur une crête saillante.

Au lieu d'un jet unique, on peut en avoir deux, trois, ou un plus grand nombre. Il suffit, pour cela, de disposer en Y l'extrémité des gouttières. Ce dernier avantage peut être utilisé dans quelques cas, en particulier dans la pulvérisation appliquée aux fosses nasales. Quant à la construction de l'instrument, nous ferons remarquer que si elle exige une certaine précision, celle-ci est facile à obtenir, car les pièces qui le constituent sont exécutées sur le tour.

— Nous venons de voir que les règles qui doivent servir à fixer la direction du jet peuvent rencontrer quelques difficultés dans leur application lorsqu'on se sert d'orifices à ouverture variable, mais leur détermination théorique n'est pas difficile à établir expérimentalement. Plus le jet se rapproche de la

normale, plus la pulvérisation est fine. Cependant, un léger écart de 10 à 20 degrés, par exemple, ne la modifie pas défavorablement, et permet d'imprimer à la plus grande partie de l'eau pulvérisée une direction avantageuse. — Sous cette incidence, le jet perd sa force et produit un simple bain d'eau pulvérisée ou une atmosphère pouvant servir à l'inhalation.

Lorsque la direction du jet forme avec la normale un angle de plus de 60 degrés, le liquide pulvérisé conserve une partie de sa force de projection que l'on peut utiliser pour changer en double la pulvérisation simple, mais alors il perd de sa finesse, bien que celle-ci soit encore bien supérieure à celle que l'on obtient par les autres procédés, abstraction faite, toutefois, de la pulvérisation par la vapeur. L'examen comparatif avec la

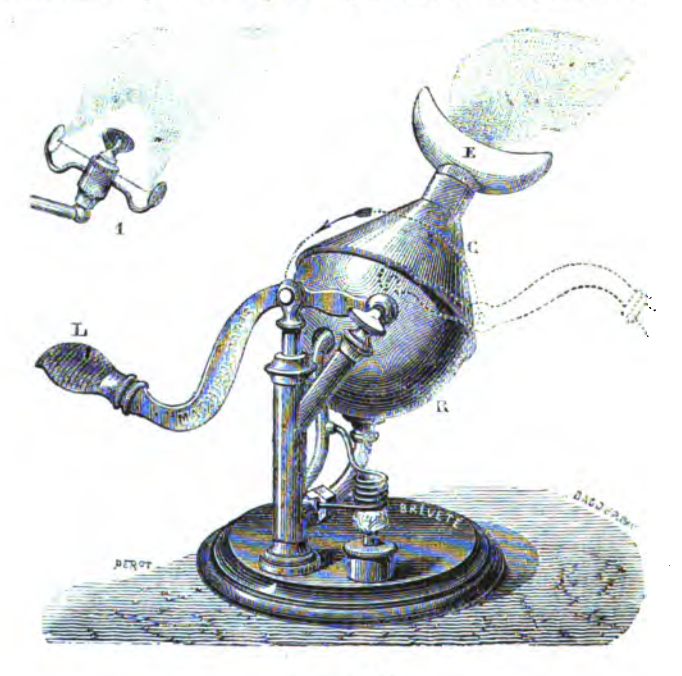


Fig. XIII.

Appareil de humage de Mathieu.

1. Cylindre dont l'extrémité présente deux rainures fermées supérieurement par une plaque maintenue par une vis. — R, Sphère creuse contenant l'appareil précédent. — E, Embouchure.

loupe et le microscope permet d'apprécier facilement ces différences,

Enfin, la forme des surfaces frappées n'est pas non plus chose indifférente. Une surface légèrement convexe comme celle des disques du premier appareil imaginé par M. de Flubé ou comme celle de la lentille que Sales-Girons a placé au milieu d'un tambour convient parfaitement à la dissémination de la pulvérisation; mais l'adjonction d'une pièce semblable est fort difficile avec les appareils qui donnent un jet à direction variable. car elle oblige à chaque instant le *pointage* du jet. Il faut, en outre, que cet appendice soit placé dans un milieu suffisamment spacieux. Les lentilles trouvent parfaitement leur place dans l'inhalateur de Mathieu, composé d'une sphère creuse munie d'une embouchure de laquelle deux jets diamétralement opposés et de direction constante viennent se briser contre des lentilles placées suivant le diamètre transversal. Malheureusement, il faut démonter l'appareil si l'un des orifices vient à s'obstruer, accident qui doit se produire souvent lorsqu'on ne se contente pas d'une pulvérisation grossière. Les capuchons, quelle que soit leur forme, ne peuvent que bénéficier de l'adjonction de cet appendice. Mais les surfaces convexes ne peuvent pas toujours être employées, car elles disséminent la pulvérisation au lieu de la concentrer. Un segment de cylindre creux répond beaucoup mieux à cette indication, pourvu que sa direction fasse avec le jet un angle obtus ouvert du côté du malade.

La palette de Lambron, le plus simple de ces instruments, realise bien cette condition. Elle permet de donner, suivant son inclinaison, la pulvérisation simple, ou la douche pulvérisée. La légère force de projection, que l'on peut obtenir avec elle, la rend précieuse lorsqu'il s'agit de faire pénétrer la pulvérisation plus loin que l'isthme du gosier ou de produire une légère percussion.

Les cylindres complets, capuchons ou tambours, donnent moins bien la douche, mais mieux la pulvérisation simple, soit qu'ils reçoivent directement le jet, ou qu'ils ne fassent que rassembler les corpuscules disséminés par la lentille placée

dans leur intérieur. Ils conviennent fort bien dans les différents cas de la pulvérisation externe cutanée, oculaire et buccale.

La forme conique permet difficilement le cheminement des éléments pulvérisés de la base du cône vers son sommet. D'autre part, un cylindre de trop petit diamètre ne permet pas l'adjonction d'une lentille et convient mal à la production de la poussière liquide. Aussi le problème devient-il difficile à résoudre lorsqu'il s'agit de conduire la pulvérisation vers des cavités étroites et profondes.

Dans les spéculums pulvérisateurs (celui des fosses nasales en particulier), le tube doit donc être presque cylindrique et le trajet aussi court que possible, car le faible diamètre du conduit ne permet pas de faire parvenir une grande quantité de liquide pulvérisé dans les fosses nasales. Nous avons cherché à augmenter cette quantité en faisant arriver un jet distinct dans chacun des deux corps de notre appareil (qui n'est d'ailleurs qu'une modification du spéculum pulvérisateur double de M.

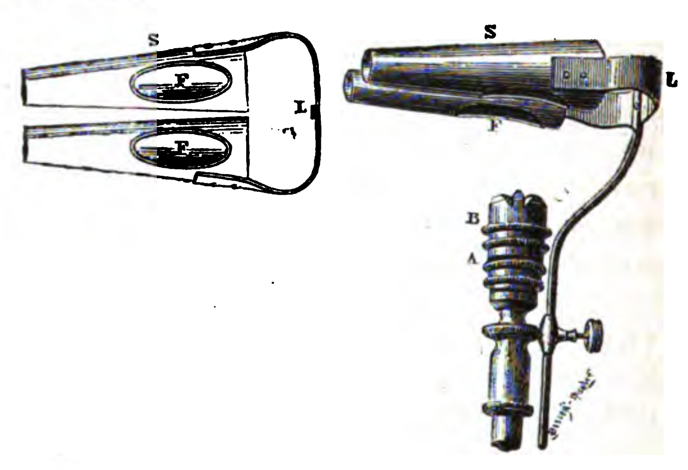


Fig. XIV.

Speculum puvérisateur double des fosses nasales.
L, Lame flexible. — S, Fenêtres donnant accès aux jets.

Tillot.) De plus, ceux-ci n'étant plus réunis que par une lame postérieure très souple qui leur laisse une grande mobilité peuvent être rendus plus courts et présentent à leur intérieur

une surface parfaitement unie, grâce à la suppression de l'articulation de caoutchouc. Celle-ci laissait un peu à désirer au point de vue de la propreté et pouvait inspirer aux malades des défiances plus ou moins justifiées. Nous avons, en outre, placé dans cet appareil des petites lentilles convèxes dont l'adjonction était rendue possible par la direction constante du double jet obtenu par le robinet précédemment décrit ; mais, nous devons l'avouer, cette dernière modification ne nous a pas semblé augmenter d'une façon bien considérable la finesse et l'abondance de la pulvérisation dans ce cas particulier. Ce perfectionnement n'est réellement utile que dans les cylindres d'un certain volume.

Quant aux appareils destinés à produire la pulvérisation profondément dans la cavité buccale ou pharyngienne (comme les appareils de Schelitzler (1), de Baumgartner (2), de Sales-Girons (3), de Fournié (de l'Aude) (4), etc., nous pensons qu'ils peuvent être avantageusement remplacés par une bonne attitude du malade ; car leur application, presque aussi gênante que celle du miroir laryngien dont ils rappellent généralement la disposition, ne peut pas être supportée beaucoup plus longtemps que celle de ce dernier instrument.

Il en est de même des procédés d'inhalation pulmonaire pour lesquels la condition essentielle doit être l'extrême division des éléments pulvérulents, qui assure à ces derniers la stabilité rendue nécessaire par le long trajet qu'ils ont à parcourir. Nous avons vu que la disposition des lentilles dans une sphère creuse munie d'une embouchure répondait fort bien à cette indication. La multiplicité des jets réalisée dans l'appareil de Galante (usité à Enghien) est également une excellente condition. Ces procédés de humage, qui prennent de plus en plus d'extension, font pénétrer dans les voies respiratoires une quantité d'eau pulvérisée beaucoup plus considérable que les atmos-

(1) *Wiener Medicinal-Halle*, 29. 1862 (cité par Moëller, loc. cit.)
(2) *Baumgartner* (cité par Moëller, loc. cit.)
(3) *Annales de la Soc. d'Hydr.*, t. X, p. 65.
(4) Académie des Sciences, 15 juillet 1351.

phères d'eau pulvérisée qui enveloppent le malade tout entier. Les premiers appartiennent réellement à la pulvérisation, les autres constituent le plus souvent une méthode mixte dans laquelle l'altération de l'air des salles d'inhalation, la décomposition et en particulier la désulfuration des eaux minérales peuvent remplir le principal rôle. Nous n'insisterons pas sur ces derniers, qui ne diffèrent pas des précédents par leur mode de production.

Il nous resterait encore à examiner différentes questions complémentaires, et en particulier les différents moyens de remédier à l'abaissement de la température de l'eau pulvérisée. Mais ces procédés (tels que manchons d'air ou d'eau, serpentis, échauffement préalable de l'eau minérale, mélange de vapeur chaude), imaginés pour y remédier, peuvent être considérés comme un perfectionnement général de la méthode et n'ont rien de particulier à tel ou tel type d'appareil que nous avons passé en revue. Notre but étant surtout d'examiner la valeur relative des différents modes de production de la pulvérisation, nous n'insistons pas sur ce sujet, qui mériterait, ainsi que les causes mêmes et le degré de ce refroidissement, d'être l'objet d'une étude spéciale.

En terminant cet examen, dont la longueur trouve une excuse dans la multiplicité des procédés inventés pour produire la pulvérisation, nous résumerons ainsi d'une manière générale les conclusions que nous avons déjà formulées au sujet de chacun d'eux :

Les appareils à courant d'air donnent une mauvaise pulvérisation au point de vue de la finesse, de la basse température et du danger de la douche d'air qui l'accompagne. Ils trouvent cependant une légère compensation dans leur simplicité comme appareils portatifs et dans la faculté qu'ils offrent de donner à volonté la douche pulvérisée ou la pulvérisation simple et de porter le liquide poudroyé fort avant dans les cavités.

Les pulvérisateurs à vapeur donnent une pulvérisation très fine, d'une température appropriée à la majorité des cas, et d'ail-

leurs modifiable à volonté. Ils donnent très bien la pulvérisation simple et produisent une douche pulvérisée présentant des qualités exceptionnelles dont on pourrait tirer un parti très avantageux. Ils sont cependant passibles d'un reproche grave : celui d'altérer la composition des eaux peu stables. Ils mériteraient néanmoins d'être expérimentés sérieusement, car cet inconvénient, à peu près nul dans certains cas, n'a pas été suffisamment démontré dans les autres circonstances.

En attendant que l'expérimentation chimique et l'observation clinique aient résolu cette dernière question au point de vue de chaque catégorie d'eaux minérales, la pulvérisation par brisement reste la principale méthode applicable à la majorité des cas. La force d'impulsion, la finesse du jet, sa direction presque perpendiculaire à une surface légèrement connexe sont les conditions les meilleures pour obtenir l'extrême finesse des éléments pulvérulents qui est le plus sûr garant de leur pénétration dans les canaux naturels ou artificiels, ainsi que de leur action modificatrice sur les tissus à trame délicate.

DISCUSSION.

Après un échange très court d'observations entre MM. Constantin Paul et Tillot sur quelques particularités inhérentes aux appareils inhalateurs, et après la présentation des *appareils pulvérisateurs* dont M. de Lavarenne se sert à Luchon, la discussion sur le mémoire de M. Paul Bénard est remise à une séance ultérieure.

ÉTUDE SUR LES EAUX DE LUCHON DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS,

Par M. de Lavarenne.

AVANT-PROPOS.

Toute l'histoire de la syphilis à Luchon évolue autour de trois noms : Amédée Fontan, Pegot, Lambron. De 1845, « Lettre de Fontan à l'Académie de Médecine », jusqu'en 1864, « Rapport de Lambron à la Société d'hydrologie sur un mémoire du doc-

teur Artigues », ces auteurs ont publié d'importants travaux. sur la thérapeutique de la syphilis par les Eaux de Luchon. Le silence qui s'est fait sur cette question depuis lors jusqu'en 1883 (Garrigou, Terras, de Lavarenne) pourrait faire supposer qu'il existe à Luchou une méthode thérapeutique basée sur les travaux de nos devanciers, connue et acceptée de tous ; il n'en est rien cependant.

Et nous n'hésitons pas à prendre nos confrères à témoin des obtacles que doit vaincre le praticien à ses débuts lorsqu'il veut appliquer aux cas particuliers qu'il rencontre, les principes généraux de la médication sulfurée.

N'oubliant pas les difficultés avec lesquelles nous avons été aux prises, nous pensons pouvoir être utile à nos confrères hydrologues en leur exposant la pratique que nous avons adoptée, ainsi qu'aux médecins traitants en leur montrant dans quelle mesure ils peuvent utiliser les résultats de cette pratique.

Dans cette étude, de même que dans les travaux préliminaires dont elle n'est que le résultat, nous sommes partis de ce principe que dans le traitement de la syphilis il fallait toujour avoir en vue deux éléments.

1° La syphilis, maladie virulente infectueuse, toujours identique à elle-même.

2° Le syphilitique, avec ses différences d'âge, de tempérament, d'antécédents pathologiques, héréditaires, et déterminant les variations individuelles dans la marche, les allures des manifestations diathésiques.

Que le but à atteindre devait être :

1° D'attaquer le virus syphilitique pour en annihiler autant que possible les effets ;

2° De mettre le syphilitique dans les meilleures conditions possibles pour qu'il puisse résister à l'infection, d'une part, supporter le traitement dirigé contre cette infection, d'autre part.

Et c'est ainsi que, voulant nous rendre compte dans quelle mesure les eaux de Luchon pouvaient concourir à ce résultat nous avons été amené à analyser leur action :

1° Sur la syphilis ;
2° Sur le syphilitique ;
3° Sur les manifestations spécifiques ;
4° Sur le traitement employé contre ces manifestations.

Cette étude, en quelque sorte physiologique, nous a conduit naturellement à exposer les conclusions que nous en avons tirées, c'est-à-dire la méthode avec laquelle nous avons utilisé ces diverses actions, le mode de traitement, en un mot, que nous avons adopté.

Enfin, il nous a fallu justifier notre manière de voir, c'est-à-dire montrer les résultats que nous avions obtenus, les classer méthodiquement et en tirer les indications thérapeutiques.

Mais, avant tout, il nous a paru nécessaire de rappeler brièvement quels sont les premiers éléments de cette thérapeutique de Luchon ; les eaux, leur mode d'emploi.

SOURCES DE LUCHON

LEUR MODE D'EMPLOI.

Luchon, une de nos stations balnéaires les plus importantes, est incontestablement celle qui offre les plus grandes ressources au point de vue de la médication sulfurée.

Ses eaux, sulfurées sodiques, thermales, sont fournies par 49 griffons, dont la température varie de 39° à 66° et la sulfuration de 0,0061 à 0,07 et même 0,09 (griffon du Bosquet n° 3). Suivant leur thermalité, leur composition chimique, elles ont été réunies en 13 groupes principaux qui portent les noms de : Ferras — Etigny — Bordeu — Bosquet — Reine — Grotte — Blanche — Richard Ancienne — Richard Nouvelle — Romanis — Pré n°s 1, 2, 3, et qui alimentent les baignoires, bains de pied, piscines, douches générales et locales, douches pulvérisées, étuves, salles d'inhalation et buvette.

Nous ne voulons pas nous étendre sur l'aménagement de ces sources, faire une description de l'établissement thermal ; mais il nous a paru utile de faire remarquer quelques particularités spéciales à Luchon, et qui en augmentent encore la valeur thérapeutique.

C'est ainsi que les bains préparés avec les sources Richard, Reine, Grotte, Blanche, Bordeu, Bosquet, Ferras, Etigny, peuvent être administrés avec l'une de ces sources seulement ou avec des mélanges de Richard ancienne et nouvelle, Grotte, Reine, Blanche, Bordeu, Bosquet, Ferras, Etigny, et cela dans des salles basses ou élevées, recouvertes de coutil ou vitrées, larges ou étroites, dans des salles, en un mot, dont le cube d'air peut être varié, gradué en quelque sorte; dans lesquelles, par conséquent, on peut augmenter ou diminuer la quantité d'hydrogène sulfuré respiré pendantle bain.

Les étuves sont alimentées par les sources Bayeu et Reine, au-dessus desquelles elles sont directement placées; les vapeurs y arrivent à unetempérature qui est de 40° à 42° aux gradins supérieurs, 36° à 38° aux gradins inférieurs.

Les salles d'inhalation construites de chaque côté des étuves sont alimentées par ces mêmes vapeurs, et ont une prise d'air directe au-dessus des tuyaux de conduite de Bayeu et de la Reine. La quantité de vapeurs respirées, leur température peuvent être variées, suivant l'intensité du courant d'air établi.

Les douches générales peuvent être administrées à une température de 36° à 45° dans des salles bien aérées, ou dans des salles étroites, de même que pour les bains.

Les douches pulvérisées varient dans leur pression ; leur température est de 36° à 42° à la sortie de l'ajutage ; des appareils spéciaux permettent de les diriger sur toutes les parties accessibles du corps.

Les buvettes sont alimentées par les sources Pré nos 1, 2, 3 ; Ferras ancienne et nouvelle ; Enceinte, Blanche, Reine, Grotte, Romanis, dont la température va de 34° à 62° et la sulfuration de 0,003 et 0,67 centigrammes par litre.

On conçoit aisément combien il est rare qu'on ne puisse pas trouver, dans cet ensemble, une source non supportée, quelque capricieux que soit l'estomac,

D'une façon générale, on a dit que les eaux de Luchon constituaient, par leur réunion, une gamme sulfureuse ; qu'il

nous soit permis de dire que, par l'aménagement de ces sources, la gamme peut être chromatique. Non seulement on peut varier les sources, mais encore les mélanger, profiter des effets des unes et des autres, et surtout graduer un des éléments les plus actifs de la médication sulfurée, l'absorption pulmonaire. Et cela dans toutes les parties de l'établissement, ce qui a fait dire fort judicieusement à notre confrère Ferras, que du moment où on mettait le pied dans les Thermes, le traitement commençait.

Toutes ces sources ont une action commune, qui peut se résumer ainsi : excitantes de la nutrition.

Mais elles la possèdent à des degrès divers. Les auteurs les ont classées en excitants forts, excitants moyens, excitants faibles. De cette classification est née une méthode thérapeutique qui consiste à faire débuter le malade par une source faible, continuer par une moyenne, pour terminer par une source forte. C'est là une pratique facile, si facile même qu'elle est tombée dans le domaine public et que journellement on peut entendre des malades dire : « Le traitement à Luchon est bien simple ; on commence par Ferra et Etigny, puis on va aux Bordeu ou aux Richard, et on finit par Reine et Grotte, De même pour les buvettes etc., etc. » Nous n'admettons pas cette façon de procéder, parce que nous avons souvent remarqué qu'une source faible surrexcitait un malade, tandis que tel autre malade, sur lequel une source reputée forte était sans action, était modifié par une source faible ou moyenne. Il y a là un inconnu, qu'il faut rechercher, et qui, selon nous, ne sera trouvé qu'après des observations nombreuses, longtemps suivies et répétées sur les rapports de chaque source avec les états individuels.

En faisant ces remarques, nous n'avons pas l'intention de nier ce que l'on appelle la gamme des Eaux sulfureuses ; nous voulons simplement dire, et qu'il nous soit permis de continuer la comparaison musicale, que le ton doit varier suivant les individus.

En thèse générale, les sources étant si nombreuses, leur mode d'emploi pouvant se graduer, se varier à l'infini, tout malade,

scrofuleux, lymphatique, arthritique, etc., pourvu qu'il soit passible de la médication sulfureuse, pourra être soigné à Luchon. Tout le secret de la thérapeutique réside dans le choix des eaux, dans la façon de les employer, suivant les individus, les maladies dont ils sont atteints.

Au point de vue de la syphilis, nous pouvons dire que les sources que nous employons non pas *exclusivement* mais *le plus fréquemment* sont :

Pour les bains : Bordeu, Bosquet, Richard Ancienne et Nouvelle.

Pour les buvettes : Pré nº 2.

Rarement nous avons été appelés à nous servir des sources Grotte et Reine, dont nous trouvons fréquemment l'emploi signalé dans les observations de nos confrères.

Nous reviendrons, du reste, sur cette question, en exposant la pratique que nous avons adoptée.

(*A suivre.*)

Le Gérant : Dr A. Lutaud.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

4e Année. — T. VII. N° 7 16 Aout 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

CHRONIQUE DU MOIS

Le choléra. — Les chaires vacantes à la Faculté.

Chronique veut dire actualité, et l'actualité d'aujourd'hui, c'est encore le choléra ; consolons-nous en nous disant que ce ne sera probablement pas l'actualité de demain. Pour le moment, il est impossible de se soustraire complètement à cette obsession, — car c'est une véritable obsession, — tout le monde vous en parle, vous en assassine ; les gens du monde surtout vous exposent des théories à faire frémir, et des remèdes, tou-

FEUILLETON

ASSAINISSEMENT DES GRANDES VILLES AVEC L'AIR DE LA CAMPAGNE

APERÇU DU PROJET

En ce moment, où l'opinion publique est si vivement préoccupée par l'invasion du choléra, ne serait-il pas opportun de proposer une grande mesure, qui modifierait profondément les conditions hygiéniques des villes populeuses ? Elle consisterait à les assainir en y faisant arriver, en abondance et directement, l'air pur de la campagne.

On s'ingénie, non sans raison, pour amener dans les villes une énorme quantité d'eau potable, pour suppléer à celle des puits, qui tendent à disparaître progressivement pour deux raisons : la première, c'est qu'on n'en creuse pas de nouveaux dans les maisons de construction récente ; la seconde, c'est que les anciens, mal réparés, sont envahis peu à peu par les infiltrations des fosses d'aisances.

Pour la qualité des aliments on prend aussi dans les villes toutes les mesures possibles pour la rendre bonne. Nous avons

jours infaillibles...... comme si c'était la chose la plus naturelle que de causer de ce qu'on ne connaît pas.

A en juger par la façon dont chacun en parle ou en écrit, il est certain qu'il n'est pas de science aussi simple que la médecine. Dites à votre bottier que vous avez des vertiges, et il croirait perdre votre confiance s'il ne s'empressait de vous conseiller quelque recette aussi sûre qu'inepte. Qu'un généreux donateur laisse un legs important pour récompenser la découverte d'un remède à peu près certain contre une des maladies les plus graves, la diphthérie par exemples les médecins cherchent, mais les gens du monde trouvent.... ou du moins croient trouver, et alors voilà les bureaux de notre Académie encombrés de documents dont le plus grand nombre serait mieux placé...... vous savez où.

Le choléra vient-il à éclater en France, c'est à qui proposera un préservatif, ou un moyen curatif d'un effet immanquable et qui a fait ses preuves...... dans l'imagination du naïf inven-

---

des inspecteurs pour la boucherie, pour nos marchés, des laboratoires, etc. Assurément nos citadins ne peuvent se vanter d'avoir le laitage, les œufs, les légumes, le vin, etc., aussi frais qu'à la campagne, et nos ménagères seraient singulièrement désillusionnées si elles voyaient fabriquer le beurre qu'on leur livre au marché, mais enfin on fait des efforts louables. L'aliment et l'eau sont donc sauvegardés, si ce n'est efficacement, au moins par des projets et des règlements bien nettement formulés.

Mais il est un autre élément dont on ne s'est nullement préoccupé, c'est *l'air*. Et cependant plus d'un tiers de litre d'air pénètre à chaque respiration dans notre poitrine, où il s'introduit dans le sang ; il mérite donc qu'on s'occupe de lui et de sa pureté, car il constitue l'aliment le plus essentiel et celui dont les propriétés vivifiantes ou nocives impressionnent le plus l'organisme humain.

De nombreuses causes vicient l'atmosphère respirable des villes populeuses, où l'agglomération toujours croissante des individus, entraîne des inconvénients qui s'accentuent de jour en jour davantage. Toutes nos cités grandissent, et par

teur. Naïf.....? peut-être pas plus que désintéressé. Croit-on en effet que si le généreux Bréant n'avait pas fait luire la perspective d'un prix de cent mille francs, l'amour seul de l'humanité suffirait pour faire déraisonner médecine tant de braves gens et les pousser à écrire des billevesées alors qu'ils pourraient employer leur temps plus utilement, quand ce ne serait qu'à compter le nombre des véhicules qui passent par jour devant leurs fenêtres et faire ainsi le bonheur de quelque statisticien.

On pourrait se demander — et ce serait un beau sujet de prix pour l'Académie des sciences morales et politiques — pourquoi certaines nations fournissent plus que d'autres au point de vue de ces élucubrations ; pourquoi, suivant la nature du sujet, voit-on plus de communications nous arriver tantôt du pays de Cervantes, tantôt du pays de Swift, et tantôt du pays « où fleurit la haine héréditaire », espèce nouvelle de la flore germanique ? Je livre ce point aux méditations des phi-

---

cela même leurs mauvaises conditions hygiéniques vont en s'aggravant progressivement.

Les émanations malsaines se dégagent de toutes parts sur leur surface. Ce sont les égouts qui, dans nos systèmes perfectionnés, empestent nos rues et jusqu'à nos appartements ; ce sont les fosses d'aisances, qui déversent par leurs colonnes réglementaires d'aération leurs gaz putrides au sommet de nos habitations : ce sont les fuites du gaz d'éclairage, ce sont les matières en putréfaction qui séjournent sur les rives de nos fleuves dont la sécheresse, pendant l'été, abaisse outre mesure le niveau.

Une des causes les plus inévitables en même temps que des plus actives de l'altération atmosphérique, c'est la respiration des habitants ; cent mille personnes mettent en mouvement, chaque jour, près d'un milliard de litres d'air ; de telle sorte que la même bouffée d'air est respirée plusieurs fois par des individus différents, surtout quand ils sont agglomérés dans un espace clos. La respiration des gens bien portants est incontestablement nuisible dans cette condition ; mais que dire de celles des malades ? L'air qu'ils expirent peut véhiculer des microbes contagieux qui s'insinuent ensuite dans les pou

losophes : pour ma part, je ne trouve pas qu'il fasse assez frais pour approfondir une question aussi délicate que transcendante.

La Chambre des députés a tenu aussi à dire son mot sur le choléra, et bien que ce soient surtout des confrères qui aient pris la parole en cette circonstance, on ne peut pas dire, sans flagornerie, qu'ils aient été très brillants. S'ils avaient été moins préoccupés de politique, peut-être auraient-ils fait de meilleure médecine. Il est un point, ce nous semble, sur lequel ils auraient pu insister, c'est sur le droit respectif des municipalités et de l'État en matière d'hygiène. Par ce temps de service militaire obligatoire, d'instruction obligatoire, bientôt même de vaccine obligatoire, on ne comprend pas pourquoi la propreté aussi ne serait pas obligatoire, et ce n'est pas mon spirituel confrère Monin qui me contredira.

Des municipalités ont-elles le droit de laisser la saleté régner indéfiniment dans leur ville, et, si elles refusent de voter des

---

mons d'un homme sain et deviennent parfois l'origine de graves maladies. La *promiscuité* de l'air est donc un danger permanent, surtout en temps d'épidémie.

Tout le monde sait que nos foyers projettent dans l'air une énorme quantité d'acide carbonique et d'oxyde de carbone. Le premier de ces gaz est impropre à la respiration, et le second a des propriétés toxiques prononcées. Que dire des nombreuses usines qui forment autour des grandes villes, une triple enceinte d'où les gaz et les vapeurs délétères sont versés par torrents dans l'atmosphère que nous apportent ensuite les vents. Aussi quelle différence entre l'air des grandes villes et le bon air pur de la campagne ?

A la campagne on a du plaisir à respirer. A la ville, loin de ressentir cette sensation de bien-être que tout le monde connait, on éprouve une sorte de gêne et de malaise.

Certaines personnes délicates apprécient même les différences jusqu'à deux kilomètres de la ville ; à cette distance les qualités de l'air laissent encore à désirer.

L'air de la campagne donne de l'appétit ; voilà encore un fait connu par tous ; au contraire, dans nos villes, le manque d'appétit est la règle pour ceux qui y séjournent constam-

fonds pour que les règles les plus élémentaires de l'hygiène soient observées, pourquoi, si l'État ne peut le leur imposer dans l'état actuel de la législation, pourquoi les Chambres ne donneraient-elles pas au Gouvernement les moyens de forcer la main à ces municipalités récalcitrantes, de même qu'il peut leur imposer les dépenses nécessitées par d'autres services publics ?

Le sujet est trop grave et comporterait beaucoup plus de développements que ne pourrait s'en permettre notre modeste causerie : aussi nous contentons-nous de soulever cette question et de la recommander à l'attention de notre futur ministre de la santé publique : j'ai nommé M. Liouville.

Nous ne terminerons pas cette causerie sans féliciter la Faculté du choix qu'elle vient de faire en appelant à la chaire de pathologie externe M. Lannelongue que des travaux très personnels avaient depuis longtemps mis en évidence, et à la chaire de chimie médicale, M. Armand Gautier qui, n'étant

---

ment. Aussi *l'anémie des grandes villes* étend progressivement ses ravages dans notre société tout entière ; c'est surtout chez les jeunes sujets qu'elle produit ses effets les plus désastreux et les plus rapides. Les enfants y sont pâles, chétifs, étiolés et leur vitalité est si débile que la mortalité infantile atteint de regrettables proportions. Malgré une alimentation inférieure et certainement moins riche, malgré des soins beaucoup moins tendres, les campagnards sont généralement roses et robustes, c'est à l'air des champs qu'ils le doivent.

L'air altéré complique incontestablement la *marche des maladies*, surtout de celles qui sont chroniques. Les organismes malades sont d'une étrange susceptibilité aux viciations atmosphériques ; ils saisissent des nuances imperceptibles aux organismes sains et ils subissent des impressions funestes.

Parlerai-je des *convalescents* ? Tout le monde sait qu'ils se remettent difficilement à la ville, et tout le monde leur dit à Paris comme à Lyon : allez vous remettre à la campagne !

L'apport d'une masse d'air prise dans une région saine et bien exposée serait peut-être capable de changer notre atmosphère lyonnaise humide et brumeuse. Les catarrhes et les rhumatismes sont des maladies aussi invétérées dans notre ville

pas encore débordé par des fonctions multiples, pourra consacrer à son cours et aux élèves tout le temps qu'ils réclameront. Cette haute situation était d'ailleurs bien due à l'auteur du *Traité de chimie physiologique et pathologique* qui avait placé l'auteur à côté de Gorup-Besanez et de Hoppe-Seyler.

REVUE CLINIQUE

—

DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR L'EAU OXYGÉNÉE

CONSIDÉRÉE COMME AGENT RECONSTITUANT (EAU-OXYGÈNE) ET COMME PARASITICIDE.

par M. le Dr LARRIVÉ

(Mémoire lu à la Société de Médecine pratique dans la séance du 18 juillet 1884.)

Il y a quelques années, le docteur Netter avait proposé

---

que les brouillards légendaires qui nous enveloppent une partie de l'année. On ne réussirait qu'à demi, que ce serait déjà un immense bienfait pour notre population intelligente et laborieuse dont les conditions hygiéniques au point de vue de l'air respiré sont déplorables. Essayer d'obtenir un pareil résultat, me parait digne de tenter les esprits philanthropiques.

Beaucoup croiront que nous avons noirci à plaisir le tableau pour les besoins de notre thèse, et que les vents se chargent à eux seuls de purifier suffisamment l'atmosphère incessamment viciée des grandes villes. Il n'en est rien cependant. Et d'abord les vents sont intermittents, puis ils apportent forcément avec eux les fumées et les poussières des mille fabriques qui nous entourent ; enfin ils ne pénètrent pas partout ; certaines maisons sont abritées contre leur action ; ils ne balaient pas l'air vicié des appartements, et leur influence est toujours stérile pour rétablir les proportions naturelles de la composition atmosphérique. En voulez-vous une preuve saisissante ? Par une belle journée, allez au loin et contempler Lyon, vous y verrez une brume qui plane constamment sur la grande ville, comme un génie malfaisant, et pèse lourdement sur la santé publique.

comme traitement du choléra l'ingestion d'eau en grande quantité.

En ce moment, le docteur Troncin obtient à Toulon d'excellents résultats par l'emploi d'une méthode consistant uniquement dans la projection au moyen d'appareils spéciaux sur le visage d'un malade atteint de choléra, de gaz oxygène. Chacun de ces traitements, pris séparément, est insuffisant.

En les combinant, on obtiendrait certainement des succès.

Un cholérique meurt par défaut dans son sang ; 1° d'eau, 2° d'oxygène.

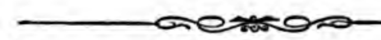
L'eau, il la perd toute par les vomissements et les selles, l'oxygène, au fur et à mesure qu'il le perd, il ne le regagne même plus par la respiration, et Doyère avait constaté que l'air qui sort de la poitrine est tel qu'il y était entré, avec son chiffre normal d'oxygène et son acide carbonique.

Etant donné ces conditions, il serait peut-être possible de guérir un malade du choléra en lui donnant artificiellement ce qui lui manque : de l'eau et de l'oxygène.

Faire pénétrer dans le domicile des habitants d'une grande cité un air pur venant de la campagne, un air à soi, que d'autres poitrines n'aient pas respiré, c'est un idéal ! Autrefois c'eût été une décevante utopie ! Actuellement c'est un progrès réalisable, et j'oserai même affirmer que c'est un progrès qui s'imposera sûrement.

C'est l'industrie qui, par son développement excessif, contribue le plus à empester nos villes. Eh bien ! il faut lui demander comme à la lance d'Achille, de guérir les blessures qu'elle a faites ; c'est dans ses merveilleux progrès que nous trouverons le remède. Qu'auraient dit nos pères il y a cinquante ans à peine, si on leur eût proposé l'eau potable, le gaz d'éclairage et le téléphone dans leur domicile, et à leur porte, le télégraphe pour communiquer avec le monde entier ? Ils auraient bruyamment manifesté leur incrédulité. Nous ne demandons pas autant et notre but est plus modeste, en même temps que plus facile à atteindre.

(*A suivre*)



Le docteur Troncin a donné de l'oxygène par les voies respiratoires. L'idée est excellente et il n'y a qu'à la completer, ceci sur deux points.

Je crois que la quantité d'oxygène absorbée par le malade au moyen des appareils de M. Troncin est insuffisante. Quand bien même elle serait suffisante, une seule partie du problème serait résolu. Il faut encore compenser la quantité d'eau perdue par le malade

Voici ce que je propose ;

L'eau oxygénée portée sur une muqueuse quelconque, se décomposant *instantanément* en *eau* et en *oxygène*, on pourrait en faire absorber aux malades soit par l'estomac, soit par le rectum. L'oxygène étant immédiatement absorbé par les muqueuses et passant directement dans le sang, on fournirait de cette façon aux cholériques le gaz respirable qui leur manque et que, trop souvent, leurs poumons sont impropres à recueillir. De plus, et quand bien même une partie de l'eau oxygénée serait rejetée par les vomissements, on pourrait suppléer à l'insuffisance de l'absorption stomacale par l'absorption rectale. De toute façon, on serait certain que le malade aurait pris une quantité d'oxygène que l'on pourrait renouveler aussi fréquemment que l'on voudrait, et, de la même facon, une certaine quantité d'eau (1).

Je n'ai pas besoin de dire que je m'en tiens, en ce moment, à l'action purement reconstituante que l'eau oxygénée pourrait avoir sur l'organisme en rendant au sang de l'oxygène et de l'eau. Je ne parle pas de l'action microbicide, car il ne serait pas facile, soit par le rectum, soit par la bouche, d'atteindre le ferment du choléra qui, d'après de récentes recherches, semble siéger dans les portions supérieures de l'intestin grêle. Mais je dois cependant dire, et ceci résulte de travaux antérieurs de M. Paul Bert, que, donnée en lavements, l'eau oxygénée servirait à désinfecter, à rendre inoffensives pour l'avenir, et cela dans le corps même du cholérique, les matières fécales, celles-ci se trouvant en contact dans le rectum avec

(1) Malgré les vomissements et les selles, il y aurait toujours une absorption d'oxygène, l'eau oxygénée se décomposant instantanément au contact de la muqueuse.

l'agent antifermentiscible par excellence dont je parle maintenant.

Je ne m'attarderai pas non plus à faire remarquer que ce traitement n'exclut pas d'autres soins que l'expérience a fait reconnaître nécessaires et sur lesquels je n'ai même pas besoin d'appeler l'attention. J'ai voulu simplement signaler la commodité que l'on aurait à donner aux malades de l'eau et de l'oxygène sans se servir d'appareils encombrants, mais tout bonnement avec quelques flacons d'eau oxygénée, un irrigateur, et, partout où cela sera possible, dans les grands centres et les hôpitaux, avec un pulvérisateur qui répandrait d'une facon continue de l'eau oxygénée dans l'atmosphère des salles de malades.

ETUDE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE SUR LA VISION MENTALE,

Par le Dr Georges Grouigneau (*Thèse inaug.*, 1884, chez Delahaye).

(*Suite et fin.*)

II. — Dans la seconde partie, nous trouvons quinze observations fort intéressantes recueillies dans les ouvrages français et étrangers, à mesure que les observateurs, dont l'attention venait d'être tout récemment appelée sur ces faits du reste assez rares, les rencontraient dans leur pratique et en portaient connaissance au monde savant. L'une d'elles est même personnelle à l'auteur.

Il les a classées sous trois chefs distincts :

1° Observations de cécité psychique ;

2° Observations de cécité corticale ;

3° Observations dans lesquelles la cécité psychique et la cécité corticale se trouvent réunies.

Puis, par une analyse attentive de tous ces matériaux, il fait l'étude clinique et anatomo-pathologique de la vision mentale des objets. Avec ses expériences citées plus haut, c'est là un chapitre tout à fait nouveau et original, la question ayant à peine été ébauchée à l'étranger, et la France n'ayant encore rien fait sur ce sujet. Il arrive aux conclusions suivantes :

La vision mentale des objets n'est pas une hypothèse. Son existence réelle nous est clairement démontrée par les modifi-

cations pathologiques qu'elle peut subir. Celles-ci se présentent sous deux formes : cécité psychique (perte de la conception des objets), cécité corticale (perte de la conception et de la perception des objets). Ces symptômes sont généralement passagers, disparaissant rapidement dans les cas d'action à distance, revenant plus lentement et peu à peu, lorsque les cellules corticales ayant été réellement détruites, on fait une rééducation de la mémoire perdue.

Ces phénomènes apparaissent rarement à l'état de pureté. Ils sont généralement accompagnés d'autres troubles particuliers de la vue ou de la perte d'autres mémoires partielles.

Ces troubles étant observés le plus souvent chez des paralytiques généraux, aboutissent généralement à une démence complète.

D'après les résultats de la majorité des autopsies faites jusqu'à présent, ce serait dans l'écorce des lobes occipitaux que résideraient les centres en rapport avec la vue. Leur altération serait causée la plupart du temps par un ramollissement inflammatoire dû à une méningo-encéphalite ; plus rarement par un ramollissement provenant d'une embolie dans les branches postérieures des cérébrales postérieures.

Lorsque la lésion n'intéresse qu'un hémisphère, c'est l'œil du côté opposé qui est affecté. D'après Münk, la cécité psychique ne serait due qu'à la destruction d'une certaine partie de l'écorce des blocs occipitaux (zone A[1]) ; lorsque toute l'écorce serait prise, il y aurait cécité corticale ou amaurose cérébrale. Les résultats nécroscopiques obtenus jusqu'à ce jour ne permettent pas encore de se prononcer avec précision sur ce point chez l'homme.

III — Après avoir ainsi fait avec beaucoup d'attention l'étude de la vision mentale des objets, il rappelle en parallèle, dans sa troisième partie, celle de la vision mentale des signes, déjà si bien faite par Küssmaul en 1877, par Melle Nadine Skwortzoff en 1881, enfin par M. le professeur Charcot en 1883. Son but principal est de bien établir la distinction clinique qu'il faut faire entre la vision mentale des objets et la vision mentale des signes, distinction fondée et sur les caractères du

symptôme, et sur la localisation des lésions dans les deux cas.

Comme terme de comparaison, il cite quelques-uns des cas les plus nets de cécité verbale, et il en déduit comme dans le chapitre précédent que :

La cécité verbale ou perte de la vision mentale des signes a été souvent confondue avec la cécité psychique ou perte de la vision mentale des objets. L'évolution, la pathogénie, le siège des lésions sont cependant différents. Ces deux symptômes peuvent coexister chez le même malade, au même titre que la perte d'autres mémoires partielles, mais on peut toujours les distinguer, sauf dans le cas de démence confirmée.

La cécité verbale ne peut exister que chez les personnes qui savent *lire* et écrire. Les autres sens, et surtout le toucher, peuvent servir à sa rééducation.

La cécité verbale est très souvent accompagnée d'aphasie, phénomène très rare dans la perte de la vision mentale des objets.

La lésion cérébrale semble devoir siéger sur le lobule pariétal inférieur gauche avec ou sans participation du lobule du pli courbe (Charcot).

— Enfin si, pour terminer, nous lui empruntons ses conclusions générales, nous voyons :

1° L'existence de la *vision mentale* nous est prouvée aussi bien par les expériences de physiologie sur les animaux que par les modifications pathologiques que nous pouvons observer chez les malades.

2° Elle se présente à nous sous deux caractères différents : *vision mentale des objets*, *vision mentale des signes*.

3° Dans le premier cas, si nous n'observions que la perte des images commémoratives du souvenir, avec conservation de la vue, c'est la *cécité psychique*; si les conceptions et les perceptions disparaissent à la fois, c'est la *cécité corticale*.

4° Dans le second cas, la perte du souvenir des signes du langage écrit, constitue la *cécité verbale*.

5° La perte de ces différentes mémoires peut se réparer par la rééducation des centres nerveux subsistants en rapport avec notre vue, grâce à nos autres sens et particulièrement le toucher. Mais si tous ces centres ont été détruits, la lésion est alors indélébile.

6° C'est surtout chez les paralytiques généraux que se remarque l'altération de la vision mentale des objets. Sa cause la plus habituelle est une méningo-encéphalite.

7° La lésion de la vision mentale des signes est plutôt l'apanage des apoplectiques. Elle est due presque toujours à un ramollissement suite d'embolie ou de thrombose dans une des branches de l'artère sylvienne gauche.

8° Le centre de la vision mentale résiderait dans l'écorce des parties postérieures du cerveau.

9° Pour la vision mentale des objets, ce serait dans l'écorce des lobes occipitaux (Munk), du gyrus angulaire (Ferrier.)

1° Pour la vision mentale des signes, ce siège serait le lobule pariétal inférieur gauche avec ou sans participation du lobule du pli courbe (Charcot).

Tel est le résumé trop succinct de cette thèse fort intéressante qui dénote un esprit judicieux, un observateur clairvoyant, un opérateur habile ; tout praticien désireux d'interpréter sainement les troubles visuels que présentent les malades désignés sous le nom de cérébraux lira avec fruit ce mémoire.

Dr A. G. de GRANDMONT.

UN CAS DE MYASE

Par le Dr A. POSADA-ARANGO, Professeur à la Faculté de Médecine de Médellin (Colombie).

SUIVI DE QUELQUES RÉFLEXIONS

Par le Dr VIAUD-GRAND-MARAIS

On donne le nom de myase à une affection constituée par le développement de larves de mouches dans les cavités naturelles du corps et particulièrement dans les fosses nasales.

Cette maladie, presque inconnue en Europe, est, au contraire, assez commune en Amérique et a été observée de Mexico à Buenos-Ayres, mais, par-dessus tout, dans la partie qui correspond à la zone intertropicale, soit dans la Guyane, le Venezuéla et la Colombie.

Ainsi dans les environs de Médellin, on en a observé à notre connaissance cinq cas en très peu de temps. L'un des malades fut traité par un autre docteur dont j'ignore la médication et

mourut. Dans trois autres des cas, je fus à peine consulté. Il s'agissait d'individus de la campagne et je ne pus savoir ce qu'ils étaient devenus, comme cela arrive fréquemment pour cette classe de clients, Je pus suivre, au contraire, le cinquième malade et c'est ce cas que je vous demande la permission de raconter brièvement.

Le sujet était un garçon de 15 ans ; il s'occupait des travaux de l'agriculture quand, à la fin du mois de juin dernier, il sentit vers les 9 heures du matin, une mouche bourdonner à l'entrée d'une de ses narines ; elle y produisit un léger chatouillement et en sortit presque aussitôt. Quarante-huit heures après il commmença à éprouver de la douleur et des picotements dans l'intérieur du nez et il s'en écoula une sérosité sanguinolente. Le jour suivant, il en sortit un ver, puis plusieurs autres, pendant deux jours. C'est alors que je fus appelé pour traiter ce garçon.

Je le trouvai avec un peu de fièvre, le nez enflé extérieurement et la narine droite obstruée par d'innombrables vers, que l'on voyait fourmiller dans ce point. Ces parasites occasionnaient une forte céphalagie et un bruit tourmentant beaucoup le malade qui le comparait à celui produit par plusieurs charrettes roulant sur un terrain pierreux.

Je me mis à extraire par le moyen de la curette autant de vers que je pus, ce qui me permit d'observer que les os avaient été dénudés.

Je fis ensuite d'abondantes injections, introduisant le liquide par l'ouverture de la narine du côté sain pour le faire sortir par l'autre. suivant la méthode de Weber. J'employai pour cela la décoction de la première plante aromatique que je trouvai sous ma main : ce fut le *cordoncillo*, soit le poivrier, et j'ajoutai de l'eau-de-vie à cette décoction. Puis je fis faire des insufflations de fumée de tabac ordonnant à un des assistants d'introduire dans l'ouverture de la narine malade l'extrémité non allumée d'un cigare et de fumer cigare à cigare en poussant la fumée au lieu de l'aspirer. Ces insufflations de tabac et les injections de poivrier furent alternativement répétées toutes les quatre heures, et, dans l'intervalle, on laissa, d'après mon ordre, la narine bouchée avec du coton enveloppant un petit morceau de camphre et du tabac en poudre. J'espérais que les émanations

de ces substances enivreraient les vers, les feraient se détacher et ameneraient leur expulsion.

Le malade resta en grave danger pendant deux jours, le gonflement du nez s'étant étendu sur les côtés de la face et jusqu'au cou. J'ordonnai des cataplasmes émollients et je fis continuer le traitement ci-dessus. Les vers sortirent peu à peu, et leur nombre s'éleva au chiffre de 120. Les douleurs se calmèrent peu à peu, si bien qu'au bout de dix jours le malade était déjà guéri et pouvait reprendre ses occupations.

Les vers étaient blancs avec l'extrémité céphalique pointue et la caudale comme tronquée, offrant en somme une grande ressemblance avec ceux que l'on rencontre dans les goyaves mûres. J'en ai gardé quelques-uns dans un flacon bouché. Ils passèrent à l'état de nymphes en trois jours, devenant presque noirs, immobiles et comme morts, et cela jusqu'au dix-huitième jour, où ils se changèrent en mouches.

L'insecte, dans son complet développement, a de 9 à 10 millimètres et est, par là même, un peu plus long que la mouche commune ou domestique. Sa couleur générale est bleue avec des reflets métalliques verts et violacés. La tête est jaunâtre et veloutée dans sa partie antérieure ; elle porte des antennes noires et à extrémité plumeuse. Les ailes grises par transparence ont aussi des reflets métalliques. Sur le dos, au niveau du thorax, se voient trois bandes longitudinales plus foncées, ce qui permet de classer cette mouche dans le genre *Calliphora*. Elle me paraît être la mouche observée à Cayenne par Coquerel et placée par lui parmi les *Lucilies*.

Si l'on considère la gravité de ce parasitisme larvique, puisque des 14 cas publiés jusqu'à ce jour 9 ont entraîné la mort, ce qui donne une mortalité de plus de 64 0/0, cette observation ne manquera pas d'intérêt.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

De l'Etiologie de la méningite cérébro-spinale (Spotted fever, cerebro spinal fever) par le Dr J. Lewis Smith. — Depuis le mois de décembre 1871 la méningite cérébro-spinale

règne à l'état endémique dans la ville de New-York ; elle y est devenue un des fléaux de l'enfance ; aussi les médecins américains commencent-ils maintenant à la bien connaître. Le Dr Lewis vient de publier à ce sujet un long article des plus intéressants dont nous croyons devoir extraire les renseignements suivants relatifs à l'étiologie de cette affection. Il est possible, dit l'auteur américain, que l'on finisse par découvrir d'une manière positive que la cause mystérieuse et encore bien obscure de la méningite cérébro-spinale est un agent infectieux. Plusieurs savants ont déjà décrit le parasite ou mieux le microbe de cette affection ; mais ce sont là des conclusions un peu prématurées et qui réclament de nouvelles recherches. Il est bien peu probable que la cause de cette maladie réside dans l'alimentation, car de deux localités voisines ayant absolument le même modus vivendi, l'une échappera au fléau tandis que l'autre sera décimée ; et, d'ailleurs, les enfants à la mamelle sont parfois atteints. Il est également peu probable que la maladie ait une origine tellurique, car on a vu plusieurs épidémies commencer pendant l'hiver alors que le sol était complètement gelé, et, d'autre part, elle envahit des localités situées sur les terrains géologiques les plus divers. Aussi doit-on en conclure que la cause de la méningite cérébro-spinal, de quelque nature qu'elle puisse être, réside sans doute dans l'atmosphère, et pénètre dans l'économie par les voies respiratoires.

Parmi les conditions extérieures qui paraissent favoriser le développement de cette affection, on doit citer les saisons froides. Les diverses statistiques qui ont été publiées en Europe et dans les Etats-Unis montrent que tandis que 166 épidémies ont commencé pendant le semestre d'hiver, 50 seulement ont pris naissance pendant le semestre d'été. Le professeur Hirsch pense que cette différence tient surtout à ce que pendant l'hiver les maisons sont moins aérées.

Toutes les mauvaises conditions d'hygiène prédisposent à la méningite cérébro-spinale ; aussi les soldats dans leurs baraquements et les indigents dans leurs taudis sont-ils beaucoup plus atteints par les épidémies. C'est là une particularité que l'auteur a eu souvent l'occasion de faire remarquer dans la ville de New-York ; les petits foyers épidémiques se voient surtout dans les logements insalubres, sales et encombrés, dans ceux à

côté desquels se trouvent des matières en décomposition.

C'est une opinion à peu près universellement acceptée en Amérique que la méningite cérébro-spinale n'est pas contagieuse, ou que, si elle l'est, elle ne l'est qu'à un très faible degré. Il est certain, dit le Dr Smith, que la plupart des cas se produisent sans qu'il soit possible de soupçonner la moindre contagion. C'est ainsi qu'au début d'une épidémie les premiers sujets qui en sont atteints sont disséminés çà et là dans la localité, à une certaine distance les uns des autres, et fort souvent il n'y a dans une même famille qu'un seul membre qui tombe malade. On peut laisser sans aucun inconvénient des enfants dans le même appartement qu'un sujet atteint de méningite cérébro-spinale pourvu qu'on le ventile, et qu'on prenne toutes les précautions de propreté et d'hygiène nécessaires. Bien plus, lorsqu'il se produit plusieurs cas dans une même famille, ils débutent à des époques si différentes qu'il est absolument évident qu'ils ne résultent pas de la contagion, mais de l'influence d'une cause miasmatique existant en dehors des individus. L'exemple le plus frappant que les partisans de la contagion de la méningite cérébro-spinale puissent invoquer a été rapporté par Hirsch. Un jeune homme fut pris de méningite cérébro-spinale le 8 février ; la garde-malade qui l'avait soigné revint mourir chez elle, le 26 février, dans un village voisin, de méningite cérébro-spinale. Des pleureurs vinrent à son enterrement d'une ville voisine, et après leur retour chez eux trois d'entre eux succombèrent à la même affection, l'un en 24 heures, le second le 4 mars, le troisième le 7 mars. L'auteur n'a pu, pendant sa longue pratique, observer qu'un seul fait semblable au précédent : Un enfant âgé de 12 ans mourut de méningite cérébro-spinale et fut enterré le samedi ou le dimanche. Le lundi la mère lava les linges du petit malade que l'on avait jusque-là empilé, dans un coin. Deux jours après elle fut atteinte et succomba bientôt avec un autre de ses fils. Il est vrai que, dans ce dernier cas, le logement était des plus insalubres, et que la mère était épuisée par les veilles et par le chagrin, ce qui la prédisposait tout particulièrement à l'affection. On le voit donc, les faits précédents sont très discutables et il n'en existe pas de plus probants en faveur de la contagion de la méningite cérébro-spinale. Aussi l'auteur américain croit-il

pouvoir conclure que lorsqu'on tient les habitations dans de bonnes conditions de propreté, de ventilation et d'hygiène, il est à peu près sûr que ceux qui sont dans un état satisfaisant de santé antérieure, qui ne sont déprimés par aucune peine morale, ne contracteront pas la maladie. Les conditions inverses sont au contraire de très sérieuses causes prédisposantes, et rendent alors peut-être possible la transmission de l'affection par l'air expiré par le malade, par les émanations qu'il répand, ou par les linges souillés de ses déjections.

La méningite cérébro-spinale peut aussi affecter quelques animaux inférieurs, les renards, les chevaux, etc. On ne connaît pas d'exemple bien probant de transmission de cette maladie des animaux à l'homme sain.

Parmi les causes occasionnelles qui peuvent déterminer l'apparition de cette affection, il faut mentionner le surmenage, la privation du sommeil, les fatigues de toutes sortes, intellectuelles et physiques, la dépression morale, une diète prolongée suivie d'excès de table, une alimentation mauvaise. Ce sont ces diverses causes qui rendent les épidémies de méningite cérébro-spinale si terribles et si fréquentes dans les armées.

Il est probable que, dans des conditions d'existence et d'hygiène exactement semblables, les hommes et les femmes sont également atteints : s'il y a une prédominance marquée de l'affection pour le sexe fort, c'est qu'il est plus exposé aux fatigues et aux écarts de régime.

Les enfants sont plus sujets à prendre la méningite cérébro-spinale que les adultes. C'est surtout au-dessous de 10 ans que l'on observe le plus grand nombre de décès. (*The medical Record*, 24 nov. 1883.) L. B.

Sur la méningite cérébro-spinale épidémique, par UGHETTI. — L'auteur a été envoyé avec le professeur Ronsisvalle pour étudier une épidémie de méningite cérébro-spinale à Misterbianco, petite ville de 7,000 âmes de la province de Catane. L'épidémie avait débuté vers le 7 mars 1883; cependant, on en avait observé un cas le 16 janvier. Du 7 mars au 24 mai, il s'en produisit 21 cas. En outre, il en survint encore un cas en août, un en septembre et un en octobre. Sur les 21 premiers cas, il y eut 17 hommes et 4 femmes seulement. Dans 16 cas

la maladie se termina par la mort (76 %). Le début était d'ordinaire brusque, sans phénomènes prémonitoires : il survenait un frisson, puis un mal de tête intense, de la contracture des muscles de la nuque et de la fièvre. Parfois le pouls n'était que fort peu accéléré et tout à fait en désaccord avec l'hyperthermie. Parfois on voyait se produire de l'herpès labial. Dans les cas où la mort arriva rapidement, l'excitation fit bientôt place à la dépression. Dans les autres cas, ce qu'il y eut de plus caractéristique, ce fut l'irrégularité du processus. Les vomissements firent le plus souvent défaut. Les muscles extenseurs du cou furent presque constamment tétanisés, et le spasme s'étendit fréquemment aux autres muscles des gouttières vertébrales. On observa souvent du strabisme double convergent. L'auteur ne pense pas que la maladie s'étende en se propageant de personne en personne, et il croit que l'agent infectieux n'est actif que pendant peu de temps. On trouve de nombreux microconi dans le sang et dans tous les tissus, mais ils ne paraissent pas avoir de caractère spécifique, et leur inoculation aux lapins n'a jamais réussi. (*Gazetta della Reale Soc. Ital. d'igiene* Anno V, n°s 10 et 11, 1884.)

L. B.

Anurie complète par suite de la présence d'un calcul dans les deux uretères, par le Dr Egar.— Il s'agissait dans ce cas d'un homme âgé de 59 ans, qui avait été déjà calculeux pendant son enfance et avait de temps en temps souffert de coliques néphritiques pendant les douze dernières années de sa vie. Le 10 novembre un calcul s'engagea dans l'uretère gauche ; après quatre jours de repos les douleurs recommencèrent, et le malade ne rendit pas la moindre goutte d'urine depuis le 14 novembre jusqu'au moment de la mort, qui survint le 24 du même mois. Les symptômes subjectifs ne furent pas trop mauvais jusqu'à l'avant-veille de la mort, l'appétit se maintint excellent jusqu'au dernier moment, on n'observa que quelques vomissements, et il n'y eut jamais de céphalalgie. Il ne se produisit de phénomènes convulsifs que le 2[illegible] novembre, après une nuit fort agitée; on ne nota ni sueur abondantes, ni diarrhée. A l'autopsie on trouva les deux uretères complètement oblitérés par un calcul enchâtonné qui obs

truait le canal, et rendait impossible toute excrétion d'urine. Le parenchyme des deux reins était quelque peu altéré ; il existait des calculs dans les bassinets. L'absence totale de douleur dans ce cas semble tenir au faible pouvoir excréteur des reins, grâce auquel l'urine ne s'était pas accumulée en arrière de l'obstacle. Comme dans presque tous les cas semblables l'apparition des phénomènes urémiques s'était fait longtemps attendre. (*Deutsche Med. Wochens.* 26 février 1884.)

L. B.

Kyste hydatique du foie, par Conti. — Cet auteur relate le cas d'un officier, fort et robuste, âgé de 60 ans, qui avait toujours eu une excellente santé jusqu'en 1882, époque à laquelle il commença à souffrir d'une gastrite avec douleurs violentes dans la région hépatique, douleurs qui simulaient tout à fait les coliques hépatiques causées par la lithiase biliaire ; il survint en même temps des symptômes de périhépatite, de la fièvre, de la jaunisse et de l'augmentation de volume du foie. On ne put découvrir aucune tumeur. Dans une dernière attaque le malade tomba dans une prostration profonde avec des vomissements constants et une constipation opiniâtre. Quelques jours après, survinrent des selles diarrhéiques, mélangées de pus, et en les lavant et en les filtrant on y découvrit un kyste à échinocoques vide de la grosseur d'une orange. Les vomissements et les douleurs cessèrent bientôt, le foie diminua rapidement de volume, et l'on ne put trouver aucune inégalité sur sa surface. Le malade eut encore pendant longtemps de la fièvre et de la diarrhée avec tous les symptômes d'une intoxication putride. Il est probable que le kyste hydatique était situé vers la face inférieure du foie et qu'il s'était ouvert dans l'angle du colon ascendant et du colon tranverse. (*Lo Sperimentale*, octobre 1883.)

L. B.

Des nodosités rhumatismales sous-cutanées, par Duckworth. — Depuis quelque temps les nodosités rhumatismales ont attiré tout particulièrement l'attention : elles ont fait l sujet d'une excellente communication des Drs Barlou et Warner au congrès de Londres, et dans ce journal même

nous leur avons tout récemment consacré un article assez étendu. Le Dr Duckworth vient d'en publier quatre cas. Le premier est très remarquable par l'absence totale d'antécédents rhumatismaux bien avérés, et par la longue durée des nodules qui persistèrent vingt-cinq mois. Dans le troisième cas, le malade, avant de présenter ces nodosités, avait eu une éruption semblable à une éruption rubéolique, une angine, et l'auteur rapproche ce fait d'un cas observé par le Dr Mackenzie et dans lequel le malade était syphilitique. Les quatre malades du Dr Duckworth étaient des femmes, et trois d'entre elles avaient une maladie de cœur.

Cet auteur pense que les nodosités que l'on observe chez les enfants constituent une classe à part, car elles apparaissent soudainement et disparaissent en quelques semaines. C'est là une opinion qui nous parait des plus discutables. (*Transactions of the clinical Society*, vol. XVI.)

L. B.

Traitement de l'obstruction intestinale par l'Electricité, par Bloch. — Il s'agissait, dans ce cas, d'un malade âgé de 24 ans qui n'allait pas à la garde-robe depuis huit jours, et présentait un énorme ballonnement du ventre, des vomissements, du hoquet; on essaya chez lui inutilement les purgatifs, les lavements, etc..., mais on réussit par la galvanisation à rétablir le cours des matières: on introduisit pour cela un pôle fort haut dans le rectum, et l'autre fut appliqué alternativement sur plusieurs points de la paroi abdominale. La durée des séances varia de 10 à 20 minutes: on les répéta dix fois: quatre fois à des intervalles de trois heures environ pendant le premier jour du traitement, deux fois pendant le second jour. Le hoquet disparut après la première séance; le malade alla à la garde-robe six heures environ après la quatrième. Le professeur V. A. Manassein a souvent employé avec succès, depuis de longues années, la faradisation dans le cas de constipation habituelle résultant de l'atonie des parois abdominales et des tuniques musculaires des intestins. (*Vratch*, n° 3, 1884, p. 38.)

L. B.

De la coqueluche, de son microbe et de son traitement par les antiseptiques, par Burger et Poulet. —

Letzerich et Tschamer ont déjà décrit des parasites dans l'expectoration de la coqueluche, mais les recherches de ces auteurs sont quelque peu tombées dans l'oubli. Les travaux récents de Burger (de Bonn) montrent que le microbe de la coqueluche est visible à un grossissement de 340 à 600 diamètres sous la forme de petits corpuscules d'inégal volume, et qui paraissent à un très fort grossissement avoir la forme d'un biscuit. Ils sont très irrégulièrement disséminés ou disposés linéairement, et ressemblent un peu au leptothrix buccalis. Le procédé de préparation est fort simple. On presse entre deux lamelles de verre une petite quantité de matières expectorées, on l'expose à la flamme d'un bec de Bunsen de façon à coaguler l'albumine, puis on ajoute la matière colorante, soit de la fuchsine, soit du violet de méthyle ; on lave à l'eau pure ou dans l'alcool, et les microbes restent seuls colorés. Ils sont tellement abondants qu'il n'est guère possible de contester leur spécificité; leur fréquence est toujours en relation directe avec l'intensité de la maladie. Cependant, ils n'ont pas encore été cultivés et inoculés, aussi n'est-on pas arrivé sur ce point à une certitude absolue. Le Dr Poulet a vérifié, lui aussi, la présence d'un micro-organisme spécial dans l'expectoration de la coqueluche, aussi préconise-t-il un traitement antiseptique. Il conseille de tenir les malades dans une pièce tout imprégnée de vapeurs antiseptiques formées par l'évaporation dun mélange contenant: thymol, 10 grammes; alcool, 250 gr.; eau 750 gr. Il administre à l'intérieur indifféremment les sirops de goudron, de thymol, d'acide phénique, d'Eucalyptol, de pin maritime, etc...

L. B.

De la Cascara sagrada contre la constipation, par Tompson. — L'auteur a employé dans plus de 300 cas la cascara sagrada contre la constipation. La préparation pharmaceutique dont il se servait était d'ordinaire l'extrait de MM. Parke et Davis mélangé avec une solution de bismuth et de bicarbonate de soude. Dans les cas de dyspepsie atonique deux ou trois doses de 10 minimes chaque suffisaient d'ordinaire pour produire une première évacuation. Dans les cas de constipation habituelle rebelle l'extrait perdait après quelque temps

son efficacité, à moins qu'on ne le donnât graduellement à doses de plus en plus fortes. Un grain d'extrait en consistance pâteuse combiné avec deux grains d'extrait de berberis aquifolium et administré en pilules soir et matin, est de la plus grande efficacité dans les cas de constipation habituelle, bien qu'on en continue l'usage pendant plusieurs mois. Dans quelques cas le médicament ne peut être toléré, et donne lieu à une diarrhée colliquative. On croit qu'il agit surtout en augmentant l'action péristaltique des fibres intestinales, aussi pense-t-on qu'il peut être surtout utile dans certains cas de rétention des matières fécales causée par la paralysie de ces fibres. (*British med. Journal*, march. 1884, p. 556). L. B.

Le nitrate d'argent dans l'adénite strumeuse, par le prof. Ferraris. — L'auteur, qui avait obtenu dès 1870 de bons effets du nitrate d'argent dans l'orchite et dans deux cas de polyarthrite, a songé à l'appliquer aux adénites vénérienne et strumeuse. Voici son traitement : Onction tous les matins sur la tumeur avec une pommade au nitrate d'argent (vaseline 20 gr., nitr. d'arg. 2), recouvrir ensuite d'ouate. Trois à quatre applications suffisent généralement. Voici les avantages de cette médication : diminution de la douleur, limitation de l'inflammation au parenchyme glandulaire, enfin modification du processus ulcéreux dans la cavité de l'abcès. Il a obtenu en 2 ou 3 jours la résolution complète d'adénites par irritation. Un autre résultat de ces guérisons rapides est d'éviter la formation de fistules et de cicatrices difformes. (*Gazz. Osped. Milano*, 1883 nº 69.) Dr H. Cellard.

Epilepsie pseudo-gastrique, par le Dr José Ormangué (de la faculté de Barcelone). — L'auteur commence par citer les observations de deux hommes qui furent atteints de cette affection. L'un, attaqué par des voleurs, eut une fracture du crâne, qui fut suivie de névralgie orbitaire ; deux ans après, faisant la guerre carliste, il fut pris par l'ennemi et maltraité ; il eut très peur, et au bout de deux mois les accès commencèrent. L'autre était aussi soldat pendant la même guerre. Pris par les carlistes, il manqua d'être fusillé et eut naturellement une grande frayeur. 15 jours après il eut des troubles gastriques,

mais ce ne fut que 4 mois plus tard qu'apparurent pour la première fois les accès d'épilepsie. Dans l'épilepsie pseudo-gastrique les accès viennent bien durant la crise gastrique, mais la cause n'est nullement la maladie de l'estomac ; dans le premier cas, c'est un traumatisme et une peur, dans le second cas, une peur seulement qui ont produit l'affection. Dans l'épilepsie gastrique vraie l'accès coïncide avec les crises gastralgiques et des hématémèses. (*Imparziale*, n° 20 et 21, 1883.)



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

Scarlatine, traitement des accidents initiaux au moyen du sulfate de quinine, par le Dr LE DIBERDER, de Lorient. — « En observant très attentivement la scarlatine « dans son développement, il est facile de constater que la « fièvre suit une marche régulière avec des exacerbations « dont on prévoit les retours périodiques.

« En se basant sur ces intermittences et en administrant « d'emblée le sulfate de quinine, les rémissions se dessinent « très nettement, les redoublements retardent, sans cesser, « jusqu'à ce que l'éruption ait atteint son apogée. Chaque ac- « cès accompagne ou provoque une activité plus grande de « l'exanthème dans sa marche, sous le double rapport de « l'intensité et de l'étendue. Le dernier accès est le plus ac- « centué, mais il est sans danger si la quinine a été portée à « des doses convenables.

« Dans la scarlatine anormale, grave, la quinine rend les « accès rémittents au lieu de subintrants, et en diminue la « gravité.

« Les accidents consécutifs sont dus à la persistance du « principe scarlatineux dans le sang. Ce principe agit à la « façon de celui de la fièvre paludéenne. Ce qui les différen- « cie, c'est la marche rapide des accidents chez les scarlati- « neux. La quinine donnée préventivement est le plus sûr « moyen d'en empêcher la manifestation ou de les combattre « lorsqu'ils éclatent. »

Le docteur Le Diberder fait remarquer qu'il est le premier à avoir ainsi posé l'indication du sulfate de quinine dans la scarlatine et il le prouve par des observations concluantes.

Il conseille donc de donner au début de la scarlatine grave 1 gr. de sulfate de quinine par jour, en deux ou trois fois, jusqu'à cessation des exacerbations.

Nous n'avons pas voulu parler de ce mode de traitement sans l'avoir essayé nous-même et nous sommes heureux de nous ranger à l'avis de notre honoré confrère. Dans un cas de scarlatine grave chez une fille de 19 ans, nous avons vu la fièvre intense de la scarlatine diminuer, le délire disparaître plus tôt que de coutume sous l'influence de ce médicament donné à la dose de 80 centigr. par jour pendant les trois premiers jours.

Le Docteur Le Diberder fait remarquer qu'il ne confond pas la scarlatine avec la fièvre intermittente, mais il montre que les accès pernicieux produits par le virus scarlatineux cèdent à l'emploi du sulfate de quinine convenablement administré.

H. B.



FORMULAIRE

Traitement des abcès ossifluents.

La Semaine médicale préconise l'appareil de Potain pour faire des injections dans le traitement des abcès ossifluents.

Ether sulfurique........	100 gr.
Iodoforme..............	5 —

Il renouvelle l'injection; tant que le liquide se produit, la quantité de liquide injecté varie, avec l'étendue de la poche ; mais, d'une façon générale, on ne devra guère dépasser vingt grammes de la solution ; une injection trop forte a déterminé quelques phénomènes d'intoxication; avec ce traitement le malade se trouve mieux, il gagne de l'appétit, les forces renaissent. Dans le cas où la peau rouge et amincie menace de se rompre, ce traitement fait cesser les accidents.

S. M.

—

De l'hyposulfite de soude comme désinfectant.

(Buck).

Les propriétés désinfectantes de l'hyposulfite de soude sont bien

connues ; on sait combien sont insuffisants tous les agents de la thérapeutique antiseptique lorsqu'il s'agit de diminuer l'insupportable *fétor* des cancers ulcérés, *fétor* qui constitue pour les malades eux-mêmes l'un des pénibles symptômes de ces affections.

Le Dr E. Buck, après de nombreux essais, arrive à désinfecter ces malades. Il opère de la manière suivante : il lave et seringue l'ulcération avec une solution saturée d'hyposulfite de soude étendue de son volume d'eau ; puis il fait un pansement avec des lambeaux de vieille toile trempée dans la même solution. A l'aide de ces deux moyens, les granulations restèrent propres, et l'odeur fut grandement diminuée ; l'effet de ce traitement fut toujours le même pendant un mois.

Le prix de l'hyposulfite n'étant pas élevé, le médecin n'a aucune crainte de le prescrire aux malades peu fortunés.

S. M.

—

Le tabac antizymasique
(PECHOLIER).

Un savant, M. Pecholier, a publié dans le *Montpellier médical* une note dans laquelle il démontre que grâce à l'usage du tabac on se préserve d'une infinité de maladies contagieuses, tandis que, au sein de la Société de médecine publique, MM. Vallin, Decaisne, Rouyon, Brouard, Pabst et Leroy de Méricourt ont tour à tour et à qui mieux mieux rappelé les méfaits du tabac.

M. Pecholier prétend que la fièvre typhoïde étant due à un ferment dont la pullulation et la vie au milieu de l'organisme étaient la cause initiale de tout mal, le tabac est le destructeur le plus puissant, et que dans la circonstance l'action est due à la nicotine ; il ajoute que nombre de fumeurs ont été préservés des influences épidémiques par le tabac. C'est peut-être pour cela que Willis recommandait l'usage du tabac dans les armées, par la raison qu'il supplée à la modicité des vivres, qu'il les préserve de certaines maladies épidémiques qui ravagent les armées.

S. M.

—

Traitement de la phthisie pulmonaire par l'aluminium.

Le docteur Pick prétend avoir détruit le bacille du tubercule en administrant aux phthisiques cinq à dix centigrammes d'aluminium par jour ; il emploie la formule suivante :

Aluminium métallique.... 1 gr.
Carbonate de chaux pulvérisé................ 5 —
Extrait de taraxucum..... Q. S.

pour 60 pilules. Le malade prend une ou deux pilules trois fois par jour.

S. M.

—

VARIÉTÉS

CONGRÈS DE COPENHAGUE

L'ouverture du Congrès de Copenhague a eu lieu le dimanche 10 août à une heure, dans le palais de l'Industrie. La famille royale de Danemark et la famille royale de Grèce assistaient à la cérémonie.

Parmi les savants de tous les pays qui ont honoré cette solennité de leur présence, nous citerons Pasteur, Verneuil, Trélat, Jaccoud, sir James Paget, Virchow, Volkmann, sir Mac Cormac, Ball, Cornil, Ranvier, Nicaise, Legroux, Constantin Paul, Bucquoy, Daremberg, sir William Gull, Lister, Liebermeister, John S. Billings, Flint, etc. Le nombre des médecins étrangers venus à Copenhague dépasse 200.

Le professeur Panum, président du Congrès, a ouvert la séance par un discours en français, dans lequel il a remercié la famille royale de l'honneur qu'elle faisait au Congrès en assistant à son ouverture.

Voici un court extrait de ce discours :

« Nous ne sommes pas réunis pour faire de la politique, mais de la science. Au fond, chacun de nous gardera ses sentiments personnels, son esprit de nationalité ; mais, comme nous sommes de pays différents et qu'en définitive il faut bien nous entendre, voyons si ce que j'ai fait était bien ce que j'aurais dû faire.

« J'aurais voulu parler toutes les langues, mais le temps m'aurait manqué pour répéter cinq ou six fois mon discours dans une langue différente. Le latin, qui était autrefois la langue scientifique, n'est plus guère connu ; le danois m'aurait été certes plus commode, mais qui, à l'étranger, sait le danois ? J'aurais pu aussi choisir l'allemand, parce que j'ai longtemps professé dans cette langue, mais j'ai préféré le français, parce que c'est la langue qui nous divise le moins, la langue la plus universellement connue et généralement acceptée comme organe officiel. »

On a beaucoup apprécié la finesse avec laquelle l'honorable président a traité cette question délicate de la langue. On sait, en effet, que le français est la langue officielle du Congrès ; mais quelques Allemands, quoique parlant français, avaient affecté dans des congrès précédents de prononcer des discours dans leur langue. C'est ainsi que Virchow a prononcé plusieurs toasts en allemand au congrès d'Amsterdam. Inutile de dire qu'il en fait autant à Copenhague en 1884.

Puis sir James Paget, Virchow et Pasteur ont pris la parole pour s'adresser des louanges mutuelles et pour célébrer les gloires des nombreuses têtes couronnées qui assistaient à la séance. L'orateur anglais a pris pour texte les relations qui existaient entre le roi et la reine de

Danemark, le roi et la reine des Grecs, le prince et la princesse de Galles, l'empereur et l'impératrice de Russie, etc.

L'almanach de Gotha et le musée Tussaud ont successivement défilé devant le Congrès, le tout à propos de médecine.

En somme, séance banale, nulle au point de vue scientifique et faisant regretter à bon nombre le temps qu'on aurait pu utiliser fructueusement à visiter les beautés de la ville. Espérons que les sections seront plus intéressantes et surtout plus scientifiques.

Hopitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 8 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au mercrdi 24 septembre inclusivement.

Congrès otologique de Bale. — Le troisième Congrès otologique ouvrira le 1er septembre prochain à Bâle.

La Suisse ne fait pas subir de quarantaine aux voyageurs venant de France.

MM. les membres du Congrès qui voudront profiter des 50 0|0 de diminution du prix des places, accordée par la Compagnie de l'Est, devront s'adresser au plus tôt à M. le Dr Courvoisier, secrétaire du Congrès, à Bâle.

Hopital de la Charité. — Le Dr Landouzy, agrégé, remplaçant le professeur Hardy, fera, à partir du 26 août, des leçons cliniques les mardis et samedis à 10 heures.

Visite à 9 heures. Le jeudi, examen des malades par les élèves.

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour une place de chef de clinique d'accouchements vient de se terminer par la nomination de M. Doléris, comme chef de clinique et de M. Stapfer, comme chef de clinique adjoint.

Association française pour l'avancement des sciences. — Pendant la durée de la session que l'Association française pour l'avancement des sciences tiendra à Blois, du 4 au 11 septembre, sous la présidence de M. Bouquet de la Grye, une section d'archéologie fonctionnera pour la première fois. Si, comme on peut l'espérer d'après les communications

déjà annoncées, cette section fournit des résultats sérieux, elle pourra être maintenue pour les autres Congrès, parmi les sections régulières.

Pour tous les renseignements relatifs au Congrès pour lequel des réductions de prix ont été consenties par les compagnies de chemins de fer, s'adresser au siège de l'Association, 4, rue Antoine-Dubois, Pari

— Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, consulté sur l'admission des étudiantes en médecine, externes des hôpitaux de Paris, au concours de l'internat, a émis un avis favorable.

Assistance publique. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du VIe arrondissement que, le dimanche 17 août 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

Concours. — Les concours pour les bourses de médecins et pharmaciens viennent d'être réglés par le ministre de l'instruction publique de la façon suivante :

Pour les bourses de médecine, le concours aura lieu au siège des Facultés de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1884, et les registres d'inscription en seront clos le 18 octobre, à quatre heures.

D'autre part, le concours pour les bourses de pharmacie se fera au siège des Ecoles supérieures de pharmacie, et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1884.

Comme pour le concours de médecine, le registre des inscriptions se fermera le 18 octobre, à quatre heures.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 *août* 1884. — Présidence de M. Hardy.

Le Choléra. — M. Proust lit un discours dans lequel il veut protester contre les documents qui ont été lus dans la dernière séance par M. Jules Guérin. L'orateur se base sur des lettres envoyées par MM. Trastour (de Marseille) et Cunéo (de Toulon). Lorsque dans une ville il existe une constitution médicale diarrhéique, cette constitution ne peut être considérée comme la cause du choléra. Il faut d'autres conditions pour qu'une épidémie puisse se montrer.

M. Jules Guérin s'élève contre la guerre que fait M. Proust aux personnes qui lui ont apporté des documents et dit qu'il va aller lui-même à Toulon et à Marseille, et il verra si M. Proust lui fera alors des objections du même genre. M. Guérin fera insérer, dans le *Bulletin* de l'Académie, le tableau des cas de décès, tableau contrôlé à le mairie de Marseille et à la mairie de Toulon.

Sur les documents qui ont été envoyés par M. Combalat, on voit qu'il y avait déjà eu un certain nombre de décès appelés choléra, choléra infantile, diarrhée cholériforme, et c'est seulement quand ces cas sont devenus très nombreux qu'on les a désignés uniformément sous le nom de choléra.

M. Proust. M. Guérin s'est borné jusqu'à maintenant à des généralités sans apporter aucun fait. M. Richard, M. Brouardel et moi nous avons consulté les principaux médecins de Marseille et de Toulon ; ils ont été unanimes à nous dire qu'avant l'épidémie il n'y avait pas dans ces deux villes de diarrhée prémonitoire.

Des documents statistiques fournis par M. Cunéo, médecin en chef de l'hôpital Saint-Mandrier, il résulte que le nombre des malades entrés pour diarrhée à l'hôpital, pendant le mois de juin, n'a pas été plus considérable cette année-ci que les précédentes.

Le cas de choléra qui avait été observé à Marseille, quelques semaines avant le début de l'épidémie, ne prouve rien ; on a observé, cette année, comme on en observe tous les ans, des cas de choléra nostras ; cela ne prouve rien contre la doctrine de l'importation.

M. Le Roy de Méricourt, au nom de la commission des épidémies, fait un rapport sommaire sur 188 pièces envoyées à l'Académie et relatives au choléra.

Dans ce rapport, très consciencieux, l'auteur proteste contre les théories microbiennes qui ne peuvent que retarder les progrès de la thérapeutique.

Du recrutement dans le département du Calvados. — M. Lagneau lit un rapport sur un travail fait par M. Aubert, médecin-major à Caen.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 *juillet* 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Traumatisme et grossesse. — M. Larger, de Maisons-Laffite, consulte ses collègues de la Société de chirurgie sur le cas d'une jeune femme de 27 ans, d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle, chez laquelle, au début d'une grossesse datant aujourd'hui de quatre ou cinq mois, s'est développé un cancer encéphaloïde du sein qui a pris, dans ces derniers temps, un volume énorme, mais qui reste exactement limité à la glande.

A part sa tumeur, la malade est actuellement dans d'excellentes conditions de santé ; mais il est à craindre que, si l'on n'intervient pas chirurgicalement, elle ne puisse atteindre le terme de sa grossesse, par suite des hémorrhagies dont la tumeur ulcérée est le siège ; M. Larger demande donc à ses collègues si, malgré l'état de grossesse de la malade, il n'y aurait pas opportunité à pratiquer l'ablation de cette tumeur devenue pour la malade une cause d'épuisement.

MM. Trélat, Polaillon, Terrillon, Guéniot et Verneuil sont tous d'avis que l'opération, dans ce cas, est parfaitement indiquée : c'est l'urgence qui commande l'opération et, chez la malade de M. Larger, l'urgence ne saurait être mise en doute ; l'état de grossesse ne doit pas, en pareille circonstance, constituer une contre-indication.

— M. Chauvel donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Badal, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, intitulé : *Exostose éburnée du frontal remplissant la cavité orbitaire* : *ablation avec la gouge et le maillet* ; *guérison avec conservation de l'œil et de la vue.*

— M. Terrier communique une observation *d'hystérectomie suivie de guérison*, qu'il a pratiquée chez une femme atteinte de fibromes utérins avec kyste suppuré du ligament large.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, entrée le 9 juillet 1883, à l'hôpital Bichat, pour une tumeur abdominale.

Après un examen attentif plusieurs fois réitéré, M. Terrier pose le diagnostic suivant : à gauche, fibrome utérin ; à droite, poche kystique suppurée incluse dans le ligament large.

Le 27 novembre, l'opération est pratiquée. Après chloroformisation, ouverture de la cavité péritonéale, qui donne un abondant écoulement de sang arrêté par de nombreuses pinces à pression. La main, introduite dans la cavité abdominale, fait facilement basculer une tumeur située à l'angle supéro-externe droit de l'utérus ; amenée au dehors, cette masse, du volume du poing, présente une large base qu'on traverse par deux broches en croix et qu'on serre par une anse de fil de fer, maintenue sous les broches à l'aide du ligateur Cintrat.

La main, introduite dans le ventre, amène au dehors une seconde tumeur, du volume d'un œuf de dinde, pédiculée sur le bord externe et gauche de l'utérus, vers le ligament de l'ovaire de ce côté. Cette tumeur est liée par deux fils de soie passés à travers son pédicule et entrecroisés ; on la sectionne ensuite et on l'enlève

A droite, il existe une tumeur du volume d'une tête d'adulte répondant en dedans au bord droit de l'utérus et en dehors à l'excavation. Cette umeur, fluctuante, est recouverte par une épaisse couche de tissu musculaire qui n'est autre que la lame antérieure du ligament large droit, très hypertrophiée. En arrière la tumeur ne peut être contournée ; elle est recouverte par la lame postérieure du ligament large droit. En résumé, le kyste est dans le dédoublement du ligament large droit.

Le 3 février, la malade quitte l'hôpital, munie d'une ceinture abdominale et portant encore un drain du plus petit calibre. Depuis sa sortie la malade est venue deux fois ; le trajet fistuleux s'étant rétréci ne permet plus l'introduction du drain qui est supprimé.

Les règles se sont rétablies et coulent avec régularité, quoique un peu douloureuses.

A la fin de juin la malade va très bien ; l'utérus a notablement diminué de volume ; toutefois, il existe une éventration au niveau du point où l'on avait suturé la paroi kystique à la paroi abdominale.

M. Polaillon dit qu'il a fait dernièrement une opération analogue chez une femme atteinte de fibrome attenant à l'utérus hypertrophié. Il a constaté qu'après l'ablation de la tumeur l'utérus était revenu à son volume normal, sans doute sous l'influence d'un travail de régression consécutif à l'opération.

M. Desprès fait présenter par l'interne de son service à l'hôpital de la Charité, une malade qui, à la suite d'une fracture des os de l'avant-bras traitée par un rebouteur de campagne, a une pseudarthrose sur le traitement de laquelle il a cru devoir consulter ses collègues de la Société de chirurgie.

L'avis des membres de la Société a été de faire une résection suivie de suture métallique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 juillet 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. le docteur Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, intitulé : *Note sur les ostéites tuberculeuses et syphilitiques de la voûte du crâne.*

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser à M. Poulet une lettre de remerciement ; 2° de publier son travail dans les *Bulletins* en y joignant un des dessins qui font si nettement ressortir les caractères spécifiques des deux formes d'ostéite crânienne. (Adopté.)

M. Bouilly donne lecture d'un rapport sur une note adressée par M. le docteur Jeannel (de Vendôme) et intitulée : *Kyste paraovarique du côté droit* ; première ponction simple suivie de récidive ; deuxième ponction avec lavage phéniqué et injection iodée ; accidents très graves ; rétention de l'injection iodée ; iodisme aigu ; guérison opératoire.

M. Bouilly donne lecture d'un deuxième rapport ayant pour objet un travail de M. le docteur Leriche (de Mâcon) intitulé : *L'ovariotomie à Mâcon, trois opérations, trois succès.*

Le rapporteur fait connaître quelques points du manuel opératoire employé par M. Leriche.

Deux fois l'opérateur a maintenu le pédicule à l'extérieur dans des cas où la généralité des chirurgiens aurait fait la ligature perdue. Cette conduite lui fut imposée dans sa première opération par la crainte de l'hémorrhagie se faisant par un pédicule qu'il avait lié en trois parties avec du catgut fort dont la constriction se relâchait sous les yeux du chirurgien. Ce fait est presque inévitable avec le gros catgut qu'il est impossible

de serrer très énergiquement; ce relâchement de la ligature eût été prévenu par l'emploi de la soie phéniquée forte qui est la substance de choix pour la ligature perdue du pédicule des kystes ovariens. Ce traitement extra-péritonéal du pédicule prolongea de beaucoup le temps de la cure; dans le premier cas, la cicatrisation n'était complète qu'au soixantième jour et, dans le second, qu'au quarante-huitième.

Le troisième cas est un exemple de kyste développé dans l'épaisseur du ligament large. L'opération se compliqua d'une hémorrhagie assez abondante provoquée par la déchirure de sinus veineux rampant sur la tumeur. Cette hémorrhagie fut arrêtée par une série de ligatures en chaîne à la soie phéniquée appliquée à la base de la tumeur. Celle-ci ne fut excisée et détachée que lorsque l'hémostase fut obtenue par les ligatures multiples. Cette ligne de ligatures représentant le pédicule de la tumeur fut abandonnée dans l'abdomen et la plaie des parois fut entièrement refermée.

La réunion se fit sans incident; elle était complète le huitième jour; la malade put se lever le quinzième jour. Cette opérée présenta à diverses reprises des accidents hystériformes qui ne furent pas sensiblement modifiés par l'ovariotomie pratiquée du reste d'un seul côté.

M. le Rapporteur propose : 1° d'adresser des remerciements à M. le docteur Leriche ; 2° de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

M. Lucas-Championnière emploie toujours le catgut, soit pour faire des ligatures perdues, soit pour diviser ou former les pédicules et il n'a jamais vu d'accidents se produire avec du bon catgut. Il faut, suivant lui, se servir de catgut de préférence à la soie phéniquée.

M. Tillaux n'est pas de l'avis de M. Lucas-Championnière. On ne peut pas partout avoir du bon catgut, et l'on est sûr d'avoir partout de la bonne soie. M. Tillaux a renoncé au catgut depuis qu'il a perdu une opérée par suite d'hémorrhagie provenant du pédicule lié au catgut; il se sert toujours de soie, à laquelle il n'a jamais trouvé aucun inconvénient.

M. Lucas-Championnière répond que la soie joue le rôle d'un irritant lorsqu'il s'agit de lier un pédicule très large; le bon catgut est de beaucoup préférable.

M. Bouilly donne la préférence à la soie phéniquée, qui est entre les mains de tous les chirurgiens, tandis qu'il n'en est pas de même du bon catgut.

Polypes vaso-pharyngiens. — M. Verneuil communique le complément de l'observation d'un malade qu'il a présenté au mois de mars dernier à la Société.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, ayant une énorme tumeur de la face, qui avait été adressé à M. Verneuil comme étant atteint de polype naso-pharyngien récidivé. Il avait été opéré une première fois, à Bourges, par M. le docteur Sarazin, aidé de M. le docteur Petitfils, qui lui avait pratiqué l'ablation de l'os maxillaire supérieur. La tumeur, au moment où M. Verneuil vit le malade, était extrêmement vasculaire; elle était le siége d'un bruit de souffle comme dans l'anévrisme artérioso-veineux.

M. Verneuil avait été détourné de faire une opération immédiate, par suite de la bénignité de la tumeur considérée au point de vue de sa composition histologique. Dans la discussion qui eut lieu à ce sujet à la Société de chirurgie, l'avis prévalut de pratiquer des injections irritantes dans le but de modifier le tissu érectile comme on fait dans le cas d'anévrisme cirsoïde, de chercher à provoquer ainsi l'atrophie de la tumeur et, si l'on ne pouvait y parvenir, d'en pratiquer l'ablation après ligature préalable de la carotide.

Conformément à ce programme, M. Verneuil pratiqua dans la tumeur plusieurs injections avec la liqueur de Piazza. La quatrième et la cinquième donnèrent lieu à une poussée inflammatoire; il se produisit des hémorrhagies abondantes qui amenèrent l'altération rapide de la santé générale. Le malade maigrissait à vue d'œil, la tumeur avait acquis un volume considérable et devenait de plus en plus pulsatile; l'œdème s'était emparé de la masse et la peau amincie semblait devoir céder d'un moment à l'autre.

M. Verneuil se décida, en conséquence, à pratiquer la ligature de la carotide primitive autant comme moyen d'hémostase que dans le but de combattre l'inflammation de la tumeur. A la suite de l'opération, les douleurs et l'inflammation disparurent comme par enchantement, et il y eut dans le volume de la tumeur, du jour au lendemain, une diminution d'un tiers.

Malheureusement peut-être la ligature avait-elle été pratiquée un peu trop tard ; l'abcès continua de se développer et finit par s'ouvrir. M. Kirmisson, qui remplaçait M. Verneuil, pratiqua le drainage pour faciliter l'écoulement du pus ; il y eut un moment d'amélioration et de cessation des accidents récents. Le malade se promenait dans les salles et paraissait en bonne voie. La ligature tomba vers le quinzième jour, mais la plaie n'était pas complètement cicatrisée ; un jour, le malade fut pris tout à coup d'érysipèle et la température s'éleva à 40 degrés. Diverses tentatives de compression avec une petite ampoule de caoutchouc, des cautérisations de la plaie avec le nitrate d'argent n'amenèrent aucun résultat. Il se fit par la plaie une issue de flocons de tissu cellulaire sphacélé avec une longueur de 12 millimètres de tube carotidien coupé carrément. Bientôt des hémorrhagies de plus en plus abondantes se manifestèrent, et le malade finit par succomber.

A l'autopsie, on trouva dans la profondeur de la fosse sphénoïdale une perte de substance donnant passage à un des lobes de la tumeur qui faisait dans la cavité crânienne une saillie du volume d'une noix. Il y avait oblitération parfaite du bout périphérique de la carotide primitive, mais il fallut chercher longtemps, au milieu du putrilage de la plaie, le bout cardiaque réduit à l'état de vestige. Il y avait une thrombose d'origine récente de la veine jugulaire interne ; le nerf pneumogastrique était intact. Tous les viscères étaient sains, à l'exception du foie stéatosé ; il n'y avait nulle part d'abcès métastatique. Enfin, il existait un peu d'inflammation du cerveau au voisinage du point de pénétration de la tumeur à travers la fosse sphénoïdale.

M. Tillaux présente un jeune homme auquel il a pratiqué la résection du maxillaire supérieur droit et d'une partie du maxillaire supérieur gauche pour une tumeur sarcomateuse remplissant toute la fosse zygomatique. La section a dû être pratiquée avec la gouge et le maillet.

Un appareil prothétique des plus ingénieux, imaginé et construit par M. Beauregard, dentiste, présente une disposition qui permet à la mastication de se faire d'une façon parfaite.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE

(*Suite*).

ÉTUDE SUR LES EAUX DE LUCHON DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS,

Par M. DE LAVARENNE.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

Une des questions qui intéressent au plus haut point les praticiens est certainement celle de la valeur des eaux sulfurées dans le traitement de la syphilis. Le nombre considérable de travaux publiés sur ce sujet n'a pas encore permis d'établir une règle de conduite absolue, et actuellement, il est aussi difficile pour le médecin traitant que pour son confrère hydrologue de diriger une thérapeutique appropriée à chaque cas.

Depuis notre installation à Luchon, nous avons soigné une quantité notable de syphilitiques; de plus, chez un certain nombre d'entre eux, nous avons pu suivre pendant plusieurs années, l'influence des eaux. Maintes fois frappé, dans le cours de cette pratique, par des faits qui s'éloignaient de ceux attribués généralement à l'action des eaux sulfurées, nous avons été amenés à modifier, en plusieurs points, les idées que nous nous étions faites tout d'abord, par l'étude des auteurs qui ont écrit sur la matière.

C'est notre manière de voir que nous publions aujourd'hui.

Nous n'essayerons pas d'expliquer le mécanisme par lequel nos eaux sulfurées sodiques agissent dans le traitement de la syphilis. Nous avons observé des faits ; de ces observations, nous nous sommes efforcés de tirer des déductions pratiques, mais en ne perdant jamais de vue notre but qui était de contribuer à la solution de ce problème thérapeutique : « Quelles sont les indications des eaux de Luchon dans le traitement de la syphilis ? »

DU TRAITEMENT D'ÉPREUVE

Avant tout, je tiens à revenir ici sur une affirmation que je considère comme absolue, et que j'ai eu l'occasion de développer déjà devant la Société d'hydrologie (1). Plus que jamais je crois que le « *Traitement* dit d'*épreuve* », doit être aujourd'hui complètement abandonné.

Si nous reprenons les indications données par les auteurs au sujet de la valeur des eaux de Luchon dans le traitement de la syphilis, nous trouvons parmi les plus importantes : « Il n'est pas de meilleure pierre de touche pour caractériser une syphilis larvée ou latente ; par suite, elles sont aptes à démontrer si la guérison du sujet jadis contaminé est réelle ou seulement apparente. »

Cette conclusion renferme les principes sur lesquels s'appuyaient nos regrettés confrères A. Fontan, Pegot, Lambron, dans leur pratique de ce traitement d'épreuve, qui a pour but de diagnostiquer une syphilis douteuse, de reconnaître si une syphilis est guérie.

« Le malade doit être soumis avec vigueur et d'emblée, dit Yvareu, à toute l'étendue, à toute l'énergie de l'action intus et extra des eaux sulfureuses thermales, en bains, en douches, en vapeurs, en boissons. »

Telle qu'elle est employée à Luchon, cette méthode consiste à ordonner aux malades les eaux les plus énergiques, à doses rapidement croissantes, pendant une durée de 25 à 40 jours, avec ou sans interruptions, suivant la tolérance du sujet. Les eaux sont administrées en *bains*, avec des sources réputées très excitantes (Reine Grotte), à une température élevée, d'une durée de 40 à 45 minutes, en *douches générales*, à haute température, 38° à 40°, de 10 à 15 minutes de durée, seules ou comme adjuvant du bain (alors immédiatement après celui-ci) ; en

(1) *Annales de la Société d'hydrologie*, t. XXVIII, p. 594 : « Etude critique sur le traitement d'épreuve. »

(2) *Annales de la Société d'hydrologie*, t. III, p. 168 : « Traitement de la syphilis. »

bains de vapeur, de 40° à 42° centigrades, de 15 à 20 minutes de durée ; en *boisson* à la dose de 400 à 600 gr. par jour.

Cette pratique est basée sur une interprétation, au premier abord toute naturelle, des divers modes d'action des sulfureux dans la syphilis et surtout de leur action excitante indiscutable. Si, en effet, un traitement sulfureux de moyenne intensité aggrave au tout au moins entretient les accidents existants ; si, d'autre part, il peut faire apparaître certains accidents plus vite qu'ils ne se montrent de coutume, il n'y a qu'un pas à faire pour conclure que ce traitement, poussé à ses dernières limites, déterminera l'éclosion des accidents chez un malade non guéri.

Telle a été aussi la conclusion des auteurs qui se sont occupés de cette question, Ashié, A. Fontan, Pegot, Lambron, Péry, L. Fontan pour Luchon, et tout récemment encore M. Martineau dans ses leçons sur la thérapeutique de la syphilis, conclusion qui a entraîné cette croyance fort répandue parmi les malades, acceptée par le plus grand nombre des praticiens, à savoir : que tout syphilitique doit, à une certaine époque de sa maladie, suivre le traitement d'épreuve par les eaux sulfureuses.

Examinons en quoi ces opinions sont bien fondées, quelle est la valeur de ce jugement par les eaux.

(1) *L. Fontan*, dans sa thèse « Eaux sulfureuses naturelles, de leurs effets physiologiques, et de leurs principales applications thérapeutiques » Paris 1867, établit quelque restrictions : « Il ne faudrait pas croire, cependant, que cette vertu des eaux dont nous parlons, bien qu'elle soit presque générale, se montre d'une façon absolue dans tous les cas. On a trouvé des malades réfractaires à leur action, et notre ancien maître M. Ricord, en compte plus d'un exemple dans sa pratique. »

(2) *Martineau*. « Je considère les eaux sulfureuses », dit-il, « comme un excellent moyen pour déceler la syphilis. Elles servent de pierre de touche, lorsque les malades sont soumis aux étuves de Luchon ou d'Aix. De nombreux exemples confirment de plus en plus cette opinion émise depuis longtemps par les médecins qui exercent auprès de ces stations minérales. » Leçons sur la thérapeutique de la syphilis. Paris, 188[illegible] page 35.

Le professeur Fournier (1) a formulé très nettement son opinion à cet égard. « Il est faux, absolument faux, dit-il, que les eaux sulfureuses dégagent la vérole de l'organisme, à la façon d'un réactif. Et cliniquement, nous n'avons aucune garantie sérieuse à attendre d'une cure thermale, pour déterminer l'état de guérison de nos malades. » Quant à nous, s'il nous est permis d'exprimer notre opinion après celle du savant professeur, nous n'hésiterons pas à dire que le traitement d'épreuve constitue une pratique *inutile* et *dangereuse*.

Deux termes sont à résoudre dans le problème : Quelle est la valeur du traitement d'épreuve 1° comme pierre de touche ou moyen de diagnostic ; 2° comme critérium de guérison.

1° *Pierre de touche.* — Nous ne craignons pas d'avancer que dans l'état actuel de nos connaissances, l'emploi des eaux de Luchon comme pierre de touche est devenu inutile. Nous n'en sommes plus, en effet, aux temps des syphilis latentes, des syphilis larvées, cachées, des métamorphoses de la syphilis décrites par Yvareu (2), dont l'ouvrage a servi de base aux travaux des auteurs qui ont voulu démontrer l'utilité de la « pierre de touche ». Aujourd'hui, la syphilis ne se cache plus, ou du moins nos moyens d'investigation sont plus perfectionnés ; elle ne se métamorphose plus, elle est *une*, à manifestations multiples. Son évolution, son ensemble symptomatique sont assez connus pour que, dans l'immense majorité des cas, les praticiens un peu expérimentés, n'aient pas besoin, pour formuler leur diagnostic, d'employer d'autres moyens que l'analyse des faits qu'ils observent.

La plupart du temps les difficultés venaient du diagnostic entre les syphilides et les autres affections cutanées, manifestations de l'arthritisme par exemple. Or, dans la grande majorité des cas, il ne s'agit pas de s'assurer si on a affaire à des éruptions syphilitiques ou à des lésions cutanées d'un autre

(1) A. Fournier. *Syphilis et mariage.* Paris 1881. « Les eaux sulfureuses », p. 143 et suivantes.

(2) Yvareu. *Des métamorphoses de la syphilis,* 1854.

ordre ; ce qui intéresse surtout, c'est de savoir, étant donné un arthritique ayant contracté la syphilis, si la lésion cutanée est, oui ou non, spécifique. Dans cette hypothèse, ce qui jugera la question, beaucoup mieux que les eaux, c'est le traitement mixte.

Du reste, la « pierre de touche » suppose que, *toujours*, les eaux sulfureuses doivent sinon guérir, du moins améliorer les affections cutanées non spécifiques, au contraire aggraver les syphilides, sans cela cette méthode n'aurait pas sa raison d'être. Or, sans partager le scepticisme de Bazin, à l'égard des eaux de Luchon, je suis en droit de dire que, dans quelques cas, et chez des malades qui n'étaient certainement pas syphilitiques, je n'ai pas pu reconnaître leur action curative sur certaines manifestations cutanées de l'arthritisme. Mais la description de ces faits ne rentre pas dans notre cadre.

2° *Critérium de guérison.* — La plus grande partie des malades qui se rendent à Luchon pour suivre le « Traitement d'épreuve » ne le font pas dans un but de diagnostic ; ils veulent savoir s'ils sont guéris, et cela pour s'affranchir d'un traitement ennuyeux, réputé dangereux, ou pour savoir s'ils sont aptes au mariage.

Certes, les praticiens ont été longtemps embarrassés pour répondre à ces questions, et il est fort admissible qu'ils aient cherché à se reposer sur les eaux sulfureuses de la responsabilité du jugement qu'ils devaient porter.

Il ne faut pas remonter bien haut, en effet, dans l'histoire de la syphilis, pour voir combien nos données sur l'évolution de cette maladie, sur la manière de la traiter, étaient vagues. Les syphiliographes les plus récents sont arrivés seuls à poser des règles certaines. Formulées par le professeur Fournier dans ses différents ouvrages (1), elles permettent aujourd'hui de dire à un malade s'il remplit les conditions voulues pour que sa syphilis puisse être considérée comme éteinte.

De ces conditions, *l'absence d'accidents spécifiques actuels* se trouve éliminée. Restent donc : *l'âge avancé de la diathèse,*

(1) Voir *Syphilis et Mariage*, page 89 et suivantes.

c'est-à-dire une syphilis remontant à 4 ou 5 ans au minimum, et mieux, à 6, 8, et 10 ans même.

Une période d'immunité absolue. C'est-à-dire un minimum de deux années, ou mieux, 4, 5, 6 ans sans accidents.

Le caractère non menaçant de la maladie, basé sur la nature, l'évolution, le plus ou moins de gravité des accidents antérieurs; le pronostic, en un mot, qui ne peut se poser suivant des règles absolues.

Le traitement suffisant, c'est-à-dire, un traitement par le mercure et l'iodure de potassium, administrés à doses « véritablement actives et curatives » par la méthode des traitements « successifs et intermittents » et poursuivi, pendant plusieurs années consécutives, au minimum 3 à 4 ans.

Que devient le traitement d'épreuve devant des règles aussi formelles ? Si le malade répond à ces conditions, il peut considérer sa syphilis comme éteinte; il devra, s'il n'y répond pas, suivre, avant tout, le traitement spécifique, d'après des règles bien connues, et dont il ne pourrait se départir sans danger.

Ainsi donc et pour conclure:

Inutilité du traitement d'épreuve comme moyen de diagnostic.

Inutilité du traitement d'épreuve comme critérium de guérison, quel que soit le cas du malade qui veut s'y soumettre.

Mais, à l'inutilité de cette pratique, se joint un danger qui doit non moins contribuer à la faire abandonner.

Exposons tout d'abord les faits qui nous ont le plus vivement frappé:

— Un jeune homme de 23 ans, de bonne santé habituelle, sans antécédents pathologiques, ni héréditaires, vient à Luchon en 1881, pour suivre un traitement. La syphilis datait alors de 5 ans, avait été marquée par un chancre, de la roséole, quelques plaques muqueuses de la bouche: c'était une syphilis légère qui avait été du reste régulièrement soignée. En 1880 (juillet) n'ayant pas eu d'accidents depuis dix-huit mois environ, il vient à Luchon s'assurer de sa guérison et suivre un traitement d'épreuve. Après 25 jours de traitement, la poussée thermale s'é-

tait vivement manifestée, sans accidents spécifiques. Le médecin qui le soignait, se crut autorisé à lui dire qu'il était guéri. *Trois semaines après*, à la suite de malaises, céphalée, manque d'appétit, survinrent deux gommes, l'une à la cuisse gauche, l'autre au-dessous de la clavicule droite. Sous l'influence d'un traitement mixte, ces accidents cédèrent rapidement. En juin 1881, il revint donc à Luchon, où je le soumis au traitement mixte avec l'aide des eaux. Il n'eut pas de nouveaux accidents, et n'en a pas eu depuis. Il s'est marié et a eu un enfant fort bien constitué.

(*A suivre.*)

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

4e Année. — T. VII. N° 8 23 Aout 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

LE CHOLÉRA DE MONTPELLIER.

L'Académie a reçu et a discuté le remarquable rapport présenté par notre honorable collègue de Marseille, M. le Dr Queirel. Nos lecteurs liront également avec intérêt un important document adressé par M. le Dr A. Dumas à un de nos collègues de Paris.

« Il n'est que trop vrai que nous sommes, à Cette, en pleine épidémie de choléra ; c'est vainement qu'on a voulu le cacher. Le premier cas a été constaté le 28 juillet ; il a été foudroyant. D'autres l'ont suivi dans divers quartiers de la ville ; du 11 au 12 août, sept morts ; la moyenne est de quatre décès par jour.

FEUILLETON

ASSAINISSEMENT DES GRANDES VILLES AVEC L'AIR DE LA CAMPAGNE

APERÇU DU PROJET

(*Suite*)

Voici quels sont les avantages qu'on peut entrevoir :

A la campagne, la part est faite plus large pour la vigueur du corps ; à la ville, l'intelligence est plus cultivée, mais les santés sont plus débiles. Il est hors de doute que les travaux intellectuels seraient encore plus fructueux si le fonctionnement de nos organes s'exécutait d'une façon plus normale.

A plus forte raison, il y aurait bénéfice pour la santé des ouvriers, dont les forces doubleraient et qui seraient aptes à produire une plus grande somme de travail. Une ventilation parfaite serait donc un sûr moyen de rendre le séjour des villes plus agréable et plus productif au point de vue intellectuel et industriel.

« Avant l'apparition du fléau, l'état sanitaire était excellent. La mortalité des mois de juin et de juillet avait été inférieure à celle des mêmes mois de l'année dernière, comme le prouve une statistique publiée quelques jours auparavant par un journal du pays. Donc, il n'y a pas eu ici de période prémonitoire, comme je l'avais noté en 1865. Cette année-là, les mois de juin, juillet et août furent très meurtriers ; mais l'épidémie ne commença que plus tard, dans la seconde semaine de septembre. Elle fut sévère, car il y eut jusqu'à 15 décès par jour sur une population de 24,000 habitants (on en compte aujourd'hui 35,000).

« Les conditions hygiéniques de notre ville sont devenues bien meilleures. Il y a des égouts dans presque toutes les rues, notamment dans le quartier haut de la ville qui en était alors dépourvu : et, fait significatif, ce quartier est épargné jusqu'ici (il n'en fut pas de même en 1865) ; c'est le bas quartier qui est presque seul atteint. Le défaut de pente expose les égouts à s'obstruer ; serait-il bien cher et bien difficile d'y faire des chasses pour les nettoyer, dans une ville dont l'économie n'est

---

Je viens d'exposer le but hygiénique qu'on peut viser pour assainir une grande ville ; mais comment l'atteindre ?

Je ne sais si nos municipalités, animées de sentiments philanthropiques, favoriseraient la réalisation d'un projet semblable ? C'est à elles cependant qu'incombe l'initiative pour les mesures de salubrité publique, et elles auraient à peser s'il est de leur devoir de chercher de ce côté les véritables intérêts de leurs administrés.

Je compterai surtout sur les idées progressistes du corps médical français ; nul plus que lui n'est à même de connaître et d'apprécier l'influence heureuse de l'air pur qui, soit pour entretenir le libre fonctionnement de nos organes, soit pour guérir une foule de maladies, possède une influence capitale.

On doit compter aussi sur la coopération de tous ceux dont les intérêts privés sont directement mis en jeu ; nous voulons parler des pères de famille soucieux de la vigueur et de la santé de leurs enfants ; des directeurs de cercles, où l'air est irrespirable le soir ; des organisateurs de théâtre, qui pourront donner des représentations toute l'année ; des propriétaires de ca-

pas précisément la qualité maîtresse et que sillonnent de nombreux canaux ?

« Bien avant la venue du choléra, on avait abusé des désinfectants dans les rues et les égouts. D'autre part, l'administration avait décidé de ne pas admettre un seul cholérique à l'hôpital. Est-ce à cette prudente mesure que les malades, blessés, vieillards et enfants qui l'habitent doivent d'avoir été épargnés jusqu'à cette heure, bien que le fléau ait frappé les rues voisines ? Quelques baraquements du lazaret ont été concédés par le ministre de la guerre à l'administration de l'hôpital. Les deux internes, MM. Lachapelle et Scheydt, ont demandé ce poste d'honneur et ne l'ont pas quitté depuis le début de l'épidémie. Mon adjoint, le docteur Ducloux, depuis la mort de Maurice Cathala, est chargé du service.

« Disposés parallèlement, convenablement espacés, vastes et bien aérés, ces baraquements s'élèvent sur un plateau sec et aride, à roche vive, qui s'avance en promontoire dans la mer. Placés sur le versant sud-ouest de la montagne, ils sont complètement isolés et distants de un à deux kilomètres du centre de

---

fés et de restaurants, où l'air est rapidement altéré par le gaz d'éclairage et l'agglomération. Je connais beaucoup de personnes qui ne peuvent séjourner dans ces établissements à cause des malaises qu'elles y éprouvent et des maladies qu'elles y contractent. L'intérêt élémentaire des personnes qui les exploitent est donc de fournir d'abord à leur clientèle de l'air de bonne qualité.

L'air confiné est également pénible à respirer dans les églises, dans les ateliers, dans les salles des pensions, des lycées et des facultés ; mais ce sont surtout les hôpitaux des grandes villes qui bénéficieraient mieux encore de la ventilation que nous proposons. On a essayé, pour les assainir, de nombreux systèmes de ventilation ; mais aucun n'a fourni de r ultats satisfaisants. C'est en vain qu'on renouvelle l'air, le n lieu où on le puise est impur, et on ne donne jamais que de l' ir impur aux malades. Le système que nous préconisons s rait le vrai, je dirai même l'unique moyen de les débarrasser d cette odeur nauséabonde qui impressionne si péniblement

la ville. Jusqu'ici, une trentaine de cholériques y ont été admis.

« Aurons-nous cette année une épidémie sévère ? Tout me porte à espérer le contraire. Depuis quinze jours qu'elle dure, nous n'avons pas dépassé le chiffre de 7 morts par vingt-quatre heures ; en 1865, nous avions vite atteint et dépassé le double. D'autre part, il faut reconnaître que, s'il y a des cas légers, il y en a beaucoup de graves, de foudroyants, qui emportent les malheureux en huit, dix, douze heures, et cela sans aucun symptôme prémonitoire. En douze heures, j'ai ainsi perdu une jeune fille de 22 ans, emportée par un choléra sans cyanose, avec pâleur de la peau, sueurs froides profuses, absence du pouls dès le début, crampes violentes, etc. D'ailleurs, impuissance absolue de toutes les médications, y compris les injections d'éther.

« Comment le choléra nous est-il arrivé ? Je n'hésite pas à incriminer la voie de mer. On a bien soumis les nombreux navires qui nous arrivent de Marseille à une quarantaine de trois jours, on les a placés à quelques encâblures du brise-lame,

---

les gens du monde et dont les malades ressentent les effets si fâcheux.

MOYENS PRATIQUES

La réalisation de ce système d'assainissement d'une grande ville n'offre pas de trop sérieuses difficultés, ni au point de vue mécanique, ni même au point de vue pécuniaire.

Nous allons esquisser de quelle façon nous envisageons la question ; bien entendu qu'une étude plus approfondie faite par des hommes spéciaux pourra y apporter d'importantes modifications.

L'installation mécanique doit comprendre 1° *Une prise d'air* en pleine campagne ; 2° à quelque distance, *une machine avec de puissants ventilateurs* ; 3° plusieurs *conduites amenant l'air dans la ville* et le *distribuant à domicile*.

Prise d'air. — Le point fondamental de la proposition que j'émets est d'avoir une large prise d'air en pleine campagne.

On choisirait un champ boisé dans une gorge exposée au midi, pour avoir un air plus sec. Le champ serait clos de murs.

mais qui ne voit combien cette mesure est illusoire ? Un cas de choléra ne peut-il se déclarer après les trois jours ? Et le navire qui a reçu sa libre entrée accusera-t-il ce cas tardif pour recommencer la quarantaine ? Évidemment non. Or, je sais pertinemment que le fait s'est présenté *au commencement de juillet*. Un cholérique a été soigné à bord, pendant un certain nombre d'heures avant le départ du vapeur ; et ce vapeur était à quai.

« A côté de la voie de mer, il y a les canaux. Des barques nombreuses parcourent le canal de Beaucaire, des familles les habitent, et c'est dans une de ces barques, chez la femme du patron, que le troisième cas de l'épidémie actuelle a éclaté. Le second s'était montré sur un bateau à vapeur.

« *La voie de terre* était pour nous moins à craindre. Bien des émigrants n'ont fait que traverser nos gares, et, parmi ceux qui sont demeurés à Cette, aucun n'est tombé malade. Je crois donc pouvoir conclure : ici comme à Toulon, c'est par navire que le choléra nous est venu.

« Je ne veux pas clore cette lettre sans payer un juste tribut

---

Autour de l'ouverture on planterait des sapins et autres essences balsamiques, pour tamiser l'air et le dépouiller des poussières qu'il véhicule ; on entretiendrait aussi des fleurs, des plantes odoriférantes. Un jardinier serait le gardien de cet orifice d'entrée et veillerait au bon entretien des plantations.

L'usine devrait, il me semble, être établie à deux ou trois cents mètres de l'orifice, On y installerait une *machine à vapeur* et un ou *plusieurs ventilateurs*, aspirant l'air de l'orifice par un large canal.

Je m'abstiens d'entrer dans tous les détails de cette installation ; je dirai, toutefois, qu'avec un ventilateur à hélice, de 3 mètres de diamètre (système de la turbine Jouval), mû par une machine de 12 chevaux-vapeur, on peut obtenir jusqu'à 120,000 mètres cubes d'air par heure. L'expérience démontrerait si les machines à vapeur et les ventilateurs devraient être multipliés et combinés sur le trajet des conduits principaux.

P[illegible]sieurs *canaux* se dirigeant vers la ville, y conduiraient l'air et le *distribueraient à domicile*, Entraîné par *propulsion* dan les tuyaux, l'air aurait au début une grande vitesse, qui

de regrets à la mémoire du jeune et distingué confrère dont j'ai déjà écrit le nom, le docteur Cathala fils, l'une des premières et des plus intéressantes victimes du fléau. Petit-fils de médecin, neveu d'un des premiers chirurgiens de Montpellier, mort aujourd'hui, le professeur Bertrand, parent du regretté professeur Bouisson dont il avait été l'élève, Maurice Cathala était le fils du respectable doyen des médecins de notre ville qui, depuis près de cinquante ans supporte parmi nous avec honneur et vaillance les fatigues de la profession. Établi depuis deux ans à peine, médecin de la Compagnie du Midi, médecin-adjoint de l'hôpital, notre jeune confrère voyait s'ouvrir devant lui une brillante carrière. Chargé du service des cholériques au lazaret, surchargé de travail, s'oubliant lui-même pour soigner ses malades, il fut atteint par la contagion et emporté en moins de deux jours. C'est là une noble victime, dont le nom doit être inscrit au livre d'or de la profession médicale. Sa mort a été un deuil public, comme l'a prouvé l'imposante manifestation de ses funérailles ; puisse ce témoignage d'universelle sympathie adoucir la douleur de notre malheureux et vénéré confrère. »

---

s'atténuerait progressivement ; aux orifices de distribution, il lui suffirait de conserver une pression de 1/200e d'atmosphère comme pour le gaz d'éclairage. L'expérience a démontré que la pression s'équilibre sans beaucoup de difficulté dans les tuyaux où circule l'air ; il n'est donc pas nécessaire d'employer dans ce but un moyen spécial, car le ventilateur est son propre *régulateur*.

Le long des routes, en pleine campagne, il serait suffisant de faire les *conduites en chaux lourde*, avec des moules en bois, et de leur donner 60 centimètres de diamètre ; on en conjuguerait plusieurs, suivant le calibre nécessaire et on les relierait avec du béton.

En ville, il serait préférable d'adopter *les tuyaux en poterie* ; on brancherait sur eux des *tuyaux de plomb* pour la distribution à domicile.

Mais ce n'est pas seulement l'*air pur* qu'on serait à même de fournir, à discrétion pour ainsi dire, c'est encore l'*air frais*. Pendant les grosses chaleurs de l'été, l'air est partout dans notre cité, dans nos rues et sur nos places, lourd, étouffant et

REVUE CLINIQUE

SUR LE TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRIE PRÉCONISÉ PAR M. DELTHIL

Par M. Larrivé (1).

Messieurs, notre confrère M. Delthil a bien voulu nous communiquer, il y a quelque temps, un nouveau procédé, imaginé par lui, pour combattre la diphthérie, et qui avait déjà acquis un certain retentissement à la suite d'une lecture à l'Académie de médecine.

Lors des présentations de notre distingué collègue à la Société de médecine pratique, quelques points de son argumentation me parurent bien un peu critiquables, mais étant donné l'autorité du présentateur et les succès de sa méthode, je me retins

(1) Note lue à la Société de médecine pratique, séance du 3 juillet 1884.

---

pénible à respirer. Au contraire, l'air de la campagne nous parviendrait avec la fraîcheur des longs chemins souterrains qu'il aurait parcourus, c'est-à-dire à la température de 12 à 14 degrés environ. On conçoit, dès lors, quel agrément et quel bénéfice réel il procurerait, quand la température est de 30 degrés à l'ombre. Avant de le laisser s'introduire dans nos appartements, on pourrait même le rafraîchir davantage en lui faisant traverser un serpentin entouré de glace ou d'une eau très froide.

La calorification, ce problème si difficile, serait résolu par le fait. Du moment que l'air est obligé de traverser un tuyau d'une disposition quelconque, poussé par une pression de 1/200e d'atmosphère, on peut le conduire dans toutes les directions, lui faire traverser même de haut en bas, contre les lois habituelles de la pesanteur, des serpentins plongés dans l'eau ch ude ou disposés autour de nos foyers ordinaires. Dès lors, l'a chaud peut être distribué dans toutes les pièces d'un appa tement à la température voulue. Du reste, pendant les grands fr ls de l'hiver, l'air, passant dans les conduits souterrains,

pour ne pas hasarder quelques observations que je vous demande la permission d'exposer aujourd'hui, l'enthousiasme de la première heure commençant à se calmer.

Je n'apporte pas ici, Messieurs, des observations de diphthéritiques. Je ne viens pas préconiser telle ou telle méthode de traitement. Je veux simplement, m'en prenant aux termes du travail imprimé de M. Delthil, rechercher ce qu'il peut y avoir de fondé dans les bases qu'il assigne à sa thérapeutique.

« Dans le croup, » dit M. Delthil, « la trachéotomie ellemême n'a donné jusqu'ici, dans la plupart des cas où elle a été employée, que de trop rares résultats ; aussi cette opération n'est-elle considérée que comme un moyen palliatif. »

Je ne partage pas complètement cet avis. La trachéotomie n'a pas seulement pour but de combattre la dyspnée, l'asphyxie résultant de l'obstruction par les fausses membranes de la portion supérieure du larynx. Dans ces cas, elle est absolument indiquée et doit toujours être pratiquée : mais je pense qu'on doit encore la faire presque toujours lorsque les fausses membranes ont envahi la trachée et même sont répandues

---

nous parviendrait à la température de nos caves et aurait à peine besoin de chaleur artificielle.

En résumé, il est possible d'assainir les grandes villes en les inondant de l'air pur de la campagne, sans faire des dépenses exorbitantes, ni même comparables à celles qu'on accepte pour avoir de l'eau potable. La réalisation de ce projet aurait des conséquences incalculables au point de vue de la santé et du bien-être des habitants des villes. L'air pourrait être *frais* pendant l'été et *chaud* pendant l'hiver, et les grandes cités n'auraient plus, vis-à-vis des campagnes, cette infériorité notoire que leur donne un air malsain et qui est la source de si grands maux.

D.

Vacances médicales. — Voir pour les postes médicaux vacants aux annonces.



dans les grosses bronches. Je suis absolument persuadé que, dans de telles circonstances, l'enfant étant sur le point de mourir d'asphyxie, une plus grande quantité d'air et par conséquent d'oxygène arrivant dans les poumons peut retarder la mort et même amener la guérison.

M. Delthil continue en disant qu'il a cherché à faire pénétrer dans les poumons un agent à la fois dissociant des fausses membranes et parasiticide, et que la *térébenthine* surtout, « dont les propriétés sont remarquablement dissolvantes sur les corps gras, pourrait peut-être désagglutiner les fibrilles agglomérées, permettrait leur isolement et par suite leur expulsion, et que son action parasiticide justifierait encore son emploi en arrêtant la prolifécation des organismes inférieurs, agents de fabrication de la fausse membrane. »

Je pense, messieurs, qu'il serait préférable d'introduire de l'air et plutôt de l'oxygène pur qui donnerait au sang la quantité de gaz respirable nécessaire à la vie, et de plus aurait une action parasiticide plus énergique que le goudron et la térébenthine.

L'action dissolvante de la térébenthine est indiscutable, mais son action parasiticide n'est pas très considérable, et nombre d'agents sont aujourd'hui connus qui agissent d'une façon infiniment plus énergique. Je citais tout à l'heure l'oxygène, je nommerai maintenant le mercure et ses sels, l'acide phénique, etc.

Je ne voudrais pas, d'ailleurs, insister spécialement sur ce point. M. Delthil nous dit, quelques lignes plus loin, que par l'évaporation lente de térébenthine et de goudron placés dans la chambre de plusieurs de ses malades, il a obtenu d'excellents résultats. Je le crois sans peine, et je suis, en effet, d'avis que ce sont de bons agents thérapeutiques. Les inhalations de goudron ou d'essence de térébenthine sont employées depuis fort longtemps déjà et ont été assez appréciées pour que, dans certains hôpitaux d'enfants, des vases contenant l'une ou l'autre de ces substances soient laissés en permanence dans les salles, à seule fin d'y entretenir une atmosphère que l'on a reconnue utile pour le traitement de la diphthérie. Aussi, je me serais bien gardé d'élever la moindre objection si M. Delthil était venu nous apporter des cas de guérisons obtenues par ce moyen; j'au-

rais même ajouté volontiers ma pierre à l'édifice ; mais ce qui m'étonne, c'est que, après avoir obtenu ainsi des résultats remarquables, M. Delthil ait eu l'idée de mettre le feu à un mélange de térébenthine et de goudron de gaz qui, sans être enflammés, et soumis simplement à une température légère en favorisant l'évaporation, auraient été d'une grande utilité pour le malade.

A quoi bon transformer les habitants d'une maison en *véritables charbonniers* ? (C'est l'expression employée par M. Delthil dans une de nos dernières séances.) A quoi bon risquer d'incendier un appartement, car le procédé n'est pas sans danger et est tout au moins inapplicable dans les pièces où se trouvent des rideaux, des tentures, etc. ? La combustion de la térébenthine et du goudron de gaz fournira donc un médicament plus précieux !

Eh bien, messieurs, voici le produit : En mettant le feu à un mélange de térébenthine et de goudron de houille, on obtient une combustion incomplète. Ce qui est brûlé donne de l'acide carbonique et de la vapeur d'eau. Ce qui n'est pas brûlé subit une distillation et une décomposition partielles. Une partie de la térébenthine distille sans altération : une autre partie se décompose en donnant du charbon, de l'acétylène, de l'hydrogène, etc.

Quant au goudron de houille, on sait que sa distillation donne des produits presque innombrables qu'on a classés sommairement de la manière suivante : ce qui passe à la distillation au-dessous de 150° constitue les huiles légères contenant principalement la benzine et ses homologues ; ce qui passe entre 150° et 200° contient du phénol, de l'aniline, etc. ; enfin, au-delà de 200° on a les huiles lourdes contenant de la naphtaline, de l'anthracène, etc.

Vous voyez donc, messieurs, que, dans cette combustion, ce qui doit agir principalement, c'est la *térébenthine* et le *phénol*. Or, on aurait, par une simple évaporation, une plus grande quantité du premier au moins de ces produits à mettre à la disposition du malade.

Je dois donc conclure, et ceci résulte des observations que je viens de vous soumettre et que j'ai vérifiées scrupuleusement au moyen d'expériences faites avec l'aide du docteur E. Bre-

mond fils et de M. G. Viard, ancien élève de l'Ecole polytechnique, je dois donc conclure que le procédé de M. Delthil ne repose sur aucune base scientifique. C'est un procédé uniquement empirique. Je souhaite, s'il est encore expérimenté, qu'il donne des résultats heureux, mais dans l'état actuel de nos connaissances thérapeutiques, spécialement au sujet des produits de combustion de la térébenthine et du goudron de gaz, il est impossible de dire que c'est sur une assise véritablement scientifique que repose ce traitement.

OBSERVATION DE COQUELUCHE COMPLIQUÉE DE BRONCHITE CAPILLAIRE ET DE MÉNINGITE,

Par le Dr Chipier, médecin adjoint de St-Lazare (1).

La nommée X, âgée de 5 ans, nous est amenée le 9 juin 1883. — Depuis quelques jours, dit la mère, l'enfant est mal en train, grognon, sans appétit, tousse souvent et par quintes. La nuit, le sommeil est interrompu par des accès de toux qui se répètent 8 à dix fois chaque nuit.

Cette fillette, grande pour son âge, est mince, plutôt maigre. Jusqu'alors, au dire de la mère, elle n'a fait aucune maladie, si ce n'est de temps à autre des rhumes de cerveau, de courte durée et auxquels on n'a pas attaché d'importance. — La mère est une femme lymphatique et le père est soigné depuis environ six mois pour une affection de la gorge que l'on a mal définie, et qui, d'après le peu que nous en avons pu apprendre, pourrait être d'origine tuberculeuse. Cependant, nous n'avons qu'un nombre restreint de symptômes, qui nous autorise à croire à une affection spécifique.

Pendant que nous examinions la jeune X, elle est prise d'une quinte de toux caractéristique de la coqueluche. — Nous prescrivons une potion calmante et un vomitif ; repos à la chambre.

Le 12 juin, c'est-à-dire trois jours après notre premier examen, il y a une très légère amélioration ; les quintes de toux sont tombées de 12 à 9 par jour, et de 15 à 10 par nuit. — L'enfant n'a pas de fièvre et mange convenablement ; elle reste en-

(1) Travail lu à la Société de l'Elysée (7 avril 1884).

fermée dans sa chambre, mais y joue et est assez gaie entre les quintes.

L'état se maintient dans ces conditions jusqu'au 27 juin, époque à laquelle la mère trouve sa fille inquiète, abattue et en proie à une fièvre intense. Elle se plaint continuellement ; les vomissements se produisent non seulement après les quintes de coqueluche, mais aussi après le peu d'aliments que l'on parvient à lui faire prendre.

A l'auscultation, la poitrine est envahie dans sa presque totalité par des râles sous-crépitants fins et sibilants. L'enfant a des crachats jaunâtres assez abondants, et se plaint constamment d'un point de côté, qui, dit-elle, l'empêche de respirer ; fièvre continue, température élevée, et corps couvert de sueurs profuses ; pas de sommeil et un peu de subdélirium ; pendant la nuit dyspnée assez vive.

Nous faisons appliquer de petits vésicatoires volants et donnons des paquets d'oxyde blanc d'antimoine, en même temps que des potions alcoolisées et du lait.

Nous nous trouvons en présence d'une bronchite capillaire, compliquant la coqueluche et qui suit un cours normal jusqu'au 15 juillet environ, époque à laquelle l'amélioration s'accentue.

Cependant, l'enfant a toujours de la fièvre, de l'inappétence et éprouve une grande faiblesse. Les poumons sont entièrement dégagés et la coqueluche s'est améliorée en même temps qu'a disparu la complication. Les quintes sont de 6 à 7 par jour et par nuit.

Après la bronchite capillaire, que nous considérions comme guérie, nous avons voulu précipiter la cure de la coqueluche en envoyant l'enfant à la campagne. Là, les crises quinteuses eurent une recrudescence marquée pendant la première nuit, à ce point que les parents effrayés coururent chercher le médecin de la localité, qui, en présence des symptômes et de la fièvre, déclara une phthisie galopante avec issue fatale dans les trois jours.

A notre visite du matin, nous trouvons l'enfant avec une fièvre extrêmement vive, température très élevée et le corps couvert de sueurs. Pourtant, les phénomènes stéthoscopiques n'ont pas changé depuis deux jours. Quelques râles dissémi-

nés sibilants. Nous faisons recommencer l'usage de l'oxyde blanc d'antimoine, les boissons alcoolisées et le laitage.

L'état se maintient à peu près identique et nous arrivons au troisième jour que nous passons victorieusement, malgré les prédictions funèbres de notre confrère. Les jours se passent sans complication grave, si ce n'est une rechute positive de la coqueluche qui occasionne à nouveau 12 et 14 quintes. De nouveau l'enfant refuse de manger et en outre le peu qu'elle prend, elle le rejette. La fièvre est toujours vive, la peau halitueuse ; les nuits sont sans sommeil et marquées d'une certaine agitation et d'un peu de subdélirium. L'amaigrissement va toujours en augmentant, ainsi que la faiblesse.

L'auscultation pratiquée chaque jour, avec grand soin, ne décèle aucune complication pulmonaire non plus que cardiaque. On n'entend toujours des deux côtés que de gros râles sibilants disséminés. Les sommets rigoureusement observés ne sont le siège d'aucun bruit anormal. — Après sept jours de cet état à peu près stationnaire, le nombre des quintes de la coqueluche est revenu à 14 et 15 par jour. Les nuits sont toujours mauvaises, l'appétit à peu près nul et l'affaiblissement va toujours croissant.

Malgré nos conseils, les parents se laissant tromper par une amélioration apparente, ramènent l'enfant à Paris vers le commencement du mois d'août, et la situation se prolonge sans grand changement jusqu'au 14 de ce mois, époque à laquelle des phénomènes d'un autre ordre se montrèrent et vinrent terminer cette longue scène de souffrances.

L'enfant, à dater de ce jour, se plaint d'une céphalalgie extrêmement intense, qui lui fait pousser de véritables hurlements de douleur ; elle grince des dents continuellement et renverse la tête en arrière, cherchant même à se frapper contre le mur. Elle refuse toute espèce de nourriture et de boissons et est constamment en proie à des nausées et à des vomissements aqueux. La constipation est opiniâtre, et il y a de la rétention d'urine bientôt suivie d'écoulement involontaire des matières.

Durant ce temps la fièvre est grande, la température à 38°5 ; °. Le 17 août survient du strabisme, puis des accès éclamptiés. Le soir arrive du coma et l'enfant meurt le 18 au matin ıs une crise éclamptique. — Depuis l'instauration de la mé-

ningite, l'enfant n'a plus eu qu'une à deux quintes de coqueluche et encore très affaiblies et très espacées.

Ainsi donc, voici une enfant de 5 ans que la coqueluche atteint d'une façon en apparence bénigne, tout d'abord. Celle-ci suit son cours normalement pendant trois semaines, lorsque survient une bronchite capillaire, qui évolue à son tour et arrive à guérison. L'enfant se remet de cette complication, mais éprouve une rechute ou, pour parler plus exactement, une recrudescence de sa coqueluche. De ces deux faits pathologiques, elle conserve une très grande faiblesse et ne s'alimente plus, conservant toujours un état de fièvre très marqué. Rien cependant dans l'état des organes ne permet de reconnaître de tubercules, et après 3 mois de coqueluche survient une méningite, qui en quatre jours emporte l'enfant...

Ce qui nous a paru fort intéressant, c'est la façon dont s'est comportée la coqueluche en présence des 2 complications dont son cours a été entravé. Du jour où notre petite malade a éprouvé les premiers symptômes de la bronchite capillaire jusqu'à l'époque de son amélioration, les quintes de la coqueluche ont diminué de nombre d'une façon très notable, pour reprendre avec une nouvelle intensité après la disparition de la complication. Et de même les quintes qui, le 12 août, étaient de 8 ou 9, sont tombées à 2 le 14, alors que la méningite avait éclaté.

Est-il d'observation commune que les complications graves dans la coqueluche aient une influence directe sur le nombre et l'intensité des quintes ?

M. Blondeau. — Trousseau dans ses cliniques a cité des faits semblables à celui dont parle l'observation de M. Chipier, que les complications graves ont une influence réelle sur les quintes de la coqueluche. De même il n'est pas très rare de voir la méningite compliquer et terminer la coqueluche.

DE L'ÉRYTHRASMA

Par le Dr Balzer.

L'Érythrasma est une affection parasitaire de la peau caractérisée par un érythème plus ou moins accusé occupant presque toujours la région inguino-cruro-scrotale, et s'accom-

pagnant d'un certain degré d'épaississement de l'épiderme qui s'exfolie en très petites squames; il est produit par la présence dans la couche cornée de l'épiderme d'un champignon dont les éléments sont d'une petitesse extrême, le *microsporon minutissimum*.

C'est Burchardt qui a le premier décrit cette affection en 1859, puis vinrent les recherches de Baerensprung en 1862. Le premier cas de cette dermatose qui ait été bien étudié en France a été observé, en 1879, par M. le Dr Besnier à l'hôpital St-Louis, et, depuis lors, le Dr Balzer en aurait vu trois autres exemples. Voici la description qu'il donne de cette épidermophytie:

L'Érythrasma siège de préférence dans la région cruro-inguino-scrotale. Son étendue est variable; tantôt il est assez exactement limité aux points qui sont directement en contact avec le scrotum, tantôt il envahit la cuisse, la fesse, la paroi abdominale ; il peut enfin se montrer en d'autres points du corps, mais surtout dans les grands plis articulaires, aisselles, plis du coude. Il se présente sous la forme de plaques irrégulières, moins souvent sous la forme de disques plus ou moins arrondis. Les contours sont d'ordinaire diffus, parfois limités d'une manière très précise par un soulèvement de l'épiderme. Les plaques offrent souvent un aspect terne, mat et rugueux ; leur coloration est tantôt brûnâtre ou jaunâtre, rappelant un peu l'aspect de la crasse, uniforme dans toute l'étendue, ou plus accentué vers les bords, tantôt elle est franchement rouge érythémateuse, et tient alors sans doute à un certain degré d'irritation du derme. Leurs dimensions sont variables; cependant, comme elles ne causent que peu de douleur ou de prurit, le malade ne s'en aperçoit ou n'y attache de l'importance que lorsqu'elles sont déjà fort étendues: elles ont alors de quelques centimètres carrés jusqu'à un, deux ou même trois décimètres carrés ; elles atteignent ce développement par confluence. A leur surface il se produit une desquamation furfuracée presque insignifiante ; la couche cornée est très adhérente, et l'on [illegible] parvient qu'avec peine à détacher des squames par le [illegible] lage.

[illegible]resque toujours l'érythrasma, une fois développé, reste in[illegible] iniment stationnaire : parfois cependant on l'a vu, ainsi que

je l'ai dit plus haut, gagner d'autres points, et même se généraliser à presque tout le corps.

La durée de cette dermatose pour laquelle il est bien rare de voir des malades vous consulter est donc à peu près indéfinie, à moins que l'on intervienne d'une manière active.

M. le Dr Balzer décrit ensuite avec le plus grand soin les caractères histologiques du microsporon minutissimum : ce parasite est fort difficile à voir, et, pour y arriver, le procédé le plus rapide consiste à faire macérer dans l'éther ou dans l'alcool les squames recueillies par le grattage, puis à le mettre dans de la potasse à 40 0[0 et à les colorer par l'éosine. On voit alors les éléments du parasite disposés en assez grande abondance sur les squames ; on distingue des agglomérations de spores formant des groupes isolés, et des tubes disposés en réseaux serrés enchevêtrés et enveloppant pour ainsi dire chaque cellule épithéliale. Les spores sont très petites, « rondes ou un peu el-« liptiques, formées d'une substance protoplasmique qui cons-« titue un noyau ponctiforme et d'une enveloppe cellulosique « homogène et transparente. Les tubes sont ordinairement « irréguliers, noueux, serpentins, recourbés en S, en U, etc. » Ils sont assez souvent ramifiés, d'une extrême finesse, et formés d'articles placés bout à bout, et ordinairement assez courts. Comme dans les autres végétaux parasites de la peau on trouve : 1° des tubes pleins, 2° des tubes sporifères, 3° de petites chaînes de sporules. Ces divers éléments ne se rencontrent d'ailleurs que dans la couche cornée de l'épiderme, ils manquent totalement dans le corps muqueux de Malpighi. Le Dr Balzer insiste beaucoup, dans la description qu'il donne du microsporon minutissimum, sur les grandes analogies qu'a ce champignon avec le microsporon furfur (champignon du pityriasis versicolor). Seulement ce dernier a des tubes myciliaux et des spores beaucoup plus volumineux ; il s'accompagne d'un soulèvement marqué de l'épiderme qui desquame avec la plus grande facilité, aussi est-il impossible de confondre les deux parasites et les affections qu'ils déterminent.

Il est d'ailleurs parfois difficile de distinguer l'Érythrasma de l'intertrigo : dans certains cas même l'examen microscopique sera nécessaire pour trancher la question.

Le microsporon furfur (pityriasis versicolor) peut aussi se rencontrer à la région inguino-scrotale, quoique son siège de prédilection soit le tronc ; les caractères que nous venons de lui assigner permettront d'en faire le diagnostic assez aisément, même dans le cas, fort rare, où l'Érythrasma et le pityriasis versicolor coïncident chez le même individu. Quant à l'Érythème trichophitique de la région inguino-crurale, il forme d'ordinaire des plaques plus nettement circinées, plus rouges, plus squameuses, plus prurigineuses que celles de l'Érythrasma.

Qu'on nous permette d'ajouter que nous voudrions bien savoir ce qu'il faut au juste, au point de vue clinique, entendre sous le nom d'Érythrasma. D'après les descriptions de Baerensprung, de Burchardt, et d'après le malade de M. Besnier de 1879, l'Érythrasma serait caractérisé par une rougeur vive, formant des plaques assez nettement limitées, et au niveau desquelles la peau semble être le siège d'une inflammation notable. C'est en somme une des variétés de ce que Hebra a décrit autrefois sous le nom d'eczéma marginé, groupe confus d'affections disparates que l'on commence à étudier et à démembrer. Mais, d'après la description de M. le Dr Balzer, il faudrait de plus donner le nom d'Érythrasma à une lésion cutanée toute différente de la précédente comme aspect, très fréquente chez les hommes, car on la rencontre chez un grand nombre de malades pris au hasard, et qui ne s'en inquiètent pas, lésion cutanée qui siège soit aux aisselles, soit surtout à la région cruro-inguino-scrotale, et qui est caractérisée par des plaques fort irrégulières de forme et d'étendue, d'une couleur rouge brun pâle et terne, non suintantes, non enflammées, le plus souvent indolentes, et ressemblant tout à fait à des crânes parasitaires, déterminant parfois une très légère sensation de prurit. Cette lésion cutanée est-elle bien réellement de l'Érythrasma au même titre que le premier type que nous venons de signaler ? Il serait bon de le dire nettement et de le prouver ; sinon il faudrait en déterminer la nature.

Comme moyens thérapeutiques, le Dr Balzer propose contre l'Érythrasma la teinture d'iode, le nitrate d'argent, l'acide pyrogallique, etc..., mais surtout des frictions savonneuses vigoureuses et répétées. En somme, en voit qu'il faut employer

contre cette dermatose les procédés thérapeutiques dont on se sert contre le pityriasis versicolor. (*Annales de dermatologie et de syphiliographie*, t. IV, n° 12, 25 déc. 1883.)

L. B.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

—

Des lésions viscérales causées par l'intoxication paludéenne, par le Dr Vinogradoff. — La lésion la plus commune est une inflammation parenchymateuse affectant spécialement le foie, la rate, le cœur, et les reins, mais que l'on rencontre aussi, quoiqu'à un bien moindre degré, dans les ganglions sympathiques, les centres nerveux, les glandes du tube digestif, les glandes sudoripares et les muscles striés. Elle consiste surtout en une tuméfaction trouble des éléments cellulaires qui subissent ultérieurement un processus prolifératif, atrophique ou dégénératif. Dans le foie, cette inflammation parenchymateuse aboutit le plus souvent à une atrophie locale limitée, quoique dans quelques cas il survienne une hyperplasie diffuse du parenchyme, ainsi que l'ont démontré Kelsch et Kiéner. Dans les reins les lésions prennent parfois un développement progressif et arrivent à constituer une des formes anatomiques du mal de Bright. Dans le cœur il se fait par place une légère tuméfaction trouble des fibres musculaires, par place de l'atrophie et une dégénérescence pigmentaire. Les lésions dans la rate semblent être presque exclusivement limitées aux éléments lymphoïdes de la pulpe.

L'impaludisme peut ainsi déterminer la formation d'altérations inflammatoires interstitielles qui sont moins générales que les précédentes et qui ont surtout pour siège le foie, la rate et les reins. L'inflammation interstitielle du foie est caractérisée par le développement de tissu fibreux adulte et de tissu embryonnaire. Cette néoformation ne se produit pas d'une manière régulière dans tout l'organe, mais elle est limitée à certaines régions et est surtout localisée au voisinage des branches de la veine-porte et dans l'interstice des lobules. Dans la

rate la formation de tissu interstitiel se fait le long des veines du stroma ; la capsule est souvent épaissie. Dans les reins la prolifération interstitielle se fait à la fois dans la substance corticale et dans la substance médullaire. Des altérations identiques se rencontrent également dans les couches musculaires profondes du cœur, dans les testicules, dans les ganglions lymphatiques, surtout dans ceux de la cavité abdominale.

Les lésions vasculaires consistent tout d'abord en une tuméfaction du revêtement endothélial des capillaires, tuméfaction qui peut être assez considérable pour amener une oblitération complète de la lumière des vaisseaux. Les globules rouges du sang sont immobilisés entre les cellules endothéliales tuméfiées et se transforment peu à peu en fines granulations pigmentaires jaunâtres ou brunâtres. Les leucocytes et les cellules endothéliales se chargent de ces granulations pigmentaires. Puis ces cellules endothéliales subissent soit un processus de prolifération, soit un processus de dégénérescence granuleuse et laissent des amas de granulations pigmentaires. La dégénérescence graisseuse du revêtement endothélial des capillaires du cerveau est, d'après le Dr Vinogradoff, très fréquente dans la malaria. Les masses pigmentaires s'accumulent surtout dans la rate, dans la boue splénique, dans le tissu interstitiel et dans les vaisseaux. Les cellules du réticulum subissent en partie un processus de prolifération avec transformation ultérieure en tissu fibreux, partie un processus de régression et une dégénérescence graisseuse ou albumineuse. Dans la période de tuméfaction beaucoup de ces cellules, de même que les gros éléments lymphoïdes, absorbent des globules du sang qui sont ensuite lentement détruits et laissent du pigment brunâtre. Dans la moelle des os on trouve surtout le pigment dans les cellules étoilées du réticulum. Les masses pigmentaires qui s'accumulent dans le foie, ne sont pas formées sur place, mais arrivent de la rato par la voie de la veine-porte. Les deux principales origines du pigment dans la mélanémie seraient la rate et la moelle osseuse. L'auteur a encore observé des dépôts de pigment dans le cerveau, dans les capillaires des testicules, dans la muqueuse gastro-intestinale, dans la couche papillaire de la peau : dans les poumons il en a trouvé dans le tissu interstitiel et dans l'épi-

thélium des alvéoles ; dans les ganglions lymphatiques il est surtout situé dans les leucocytes.

(*Vœnno-Meditzinsky Jurnal*, 1882, mars, avril et mai.)

L. B.

Érythème généralisé produit par l'emploi de gaze trempée dans une solution de sublimé comme objet de pansement. — L'observation suivante présente une certaine importance maintenant que l'on emploie journellement le sublimé (bichlorure de mercure) en chirurgie pour faire les pansements. Il s'agit d'un jeune boulanger de 20 ans, auquel on avait fait à la clinique de Breslau une ostéotomie sous-cutanée pour lui redresser un genu valgum, que l'on avait pansé avec de la gaze trempée dans une solution de sublimé, puis que l'on avait mis dans un appareil, afin de donner aux membres une rectitude parfaite. Vers le cinquième jour après le pansement, il commença à se plaindre d'une légère douleur et d'une sensation de brûlure au membre opéré, puis ces phénomènes douloureux augmentèrent avec une telle intensité qu'on fut obligé d'enlever le bandage. La température matinale était de 38°1 et la température vespérale de 38°3. Quand on eut découvert le membre on vit qu'il était le siège d'une éruption eczémateuse papulo-vésiculeuse de la plus grande intensité : la peau était fort rouge et le tissu cellulaire sous-cutané était infiltré. De plus il y avait une rougeur érythémateuse qui s'étendait sur tout le corps, et qui était surtout marquée au niveau de la poitrine, de l'abdomen, du scrotum, de la partie interne des cuisses et des coudes. Tous ces symptômes commencèrent à s'amender au bout de 48 heures, et en 15 jours le malade fut complètement guéri. Il est incontestable que dans le cas actuel cette éruption eczémateuse et érythémateuse avait été causée par les applications de sublimé. Les accidents cutanés de l'hydrargyrisme sont d'ailleurs bien connus, et tout le monde a observé soit à l'hôpital, soit dans la clientèle, des éruptions érythémateuses plus ou moins intenses consécutives à des frictions mercurielles ou à des applications de pommades contenant des sels de mercure. (*Berliner Klinische Wochen.*) L. B.

Sur l'état latent du début de la cystite blennorrhagique, par M. Aubert. — Voici les conclusions du mé-

moire fort intéressant que M. Aubert publie à ce sujet dans le n° du 15 juin 1884 du *Lyon médical* :

1° Dans l'évolution de la blennorrhagie récente, la suppuration peut envahir et envahit souvent l'urèthre postérieur et la vessie sans qu'il existe dans le caractère ou l'intensité de la douleur et dans la fréquence des mictions, des modifications suffisantes pour révéler l'atteinte des parties profondes.

2° Les symptômes autres que la constatation directe de la présence du pus peuvent même être tout à fait nuls, et ne pas différer de ceux d'une blennorrhagie limitée à l'urèthre antérieur.

3° Cet état latent de la cystite blennorrhagique persiste quelquefois jusqu'à la guérison complète, mais le plus souvent il n'est que le prélude de la forme commune de la cystite qui se présente ultérieurement avec ses symptômes habituels.

4° Il importe d'être prévenu que l'on ne peut avoir qu'une idée très incomplète d'une blennorrhagie quelconque si l'on ne fait pas uriner le malade dans plusieurs verres. Le diagnostic basé sur cet examen de l'urine ne peut acquérir une précision absolue que si la miction a été précédée du lavage de l'urèthre antérieur.

L. B.

Polype de la vessie. — Le Dr MARCH, de Rochdale, a lu à la Société de Médecine de Manchester, une note sur un homme âgé, qui se plaignait de dysurie, surtout en expulsant les dernières gouttes. L'urine était légèrement trouble, mais acide, et contenait quelques globules sanguins, un peu d'albumine et des lambeaux charnus composés de larges cellules rondes remplies de noyaux. On conseilla au malade de porter un urinal, et de prendre benzoate de soude à hautes doses, des émollients, et d'appliquer des suppositoires de morphine. Au bout de quelque temps il se plaignit de douleur et de sensibilité à la pression dans la région inguinale droite ; mais on ne percevait aucune tumeur ; le malade souffrait également dans la verge après chaque miction. Le Dr March explora la vessie et ne t... iva pas de pierre. Le lendemain le malade disait ne plus s... ffrir, mais il se plaignait d'uriner du sang. L'hématurie ... a une semaine ; et pendant deux mois il prit de l'ergot et ... la térébenthine ; et tous les symptômes douloureux dis... urent. L'auteur pense que les troubles urinaires étaient

causés par un polype implanté sur le col de la vessie faisant en même temps saillie dans le canal. Lorsque le cathétérisme fut pratiqué la sonde arracha sans doute le polype ; et c'est ce qui explique la disparition des troubles de la miction. (*British Medical Journal*, 3 Mai 1884, p. 859.) A. RIZAT.

Deux cas d'imperforation de l'hymen. — I. *Opération pratiquée en prenant toutes les précautions antiseptiques.* — La malade, âgée de 14 ans, entre le 19 juillet 1883 dans le service du Dr Lawrence, médecin accoucheur de l'hôpital général de Bristol, pour une rétention des règles due à l'imperforation de l'hymen. La malade souffre depuis trois ou quatre mois, mais les douleurs ont augmenté le 13 juillet et s'irradient jusque dans l'hypogastre. A l'examen on constate que l'hymen imperforé fait une saillie en avant, et on sent distinctement l'utérus sous forme d'une tumeur dure et arrondie remontant jusque à un pouce et demi au-dessus du pubis. L'opération est décidée séance tenante, et on la pratique sous le lister. On sonde d'abord la malade, et on introduit à travers l'hymen un fin trocart à travers lequel s'écoule lentement la sécrétion menstruelle épaissie, qu'on recueille dans un bassin. Au bout de quelques instants on place dans l'orifice de l'hymen un drain, on applique un pansement de glycérine phéniquée au 20e, et on enveloppe les parties avec de la ouate iodoformée.

Matin et soir on changeait le pansement, sous le spray ; on faisait uriner la malade. On entretint la constipation pendant trois jours à l'aide de l'opium, et l'on donna ensuite un lavement pour débarrasser les intestins. Le drain était enlevé matin et soir, nettoyé avec soin et replacé.

Le 26 juillet, quand tout écoulement eut cessé, on mit la malade sur la table d'opération et on donna à l'orifice vaginal une largeur suffisante pour laisser écouler les liquides; on pratiqua des injections chaudes antiseptiques, et on maintint à demeure dans la cavité vaginale un tampon de lint phéniquée. La malade sortit complètement guérie au bout de quelques jours ; et depuis elle a été très bien réglée.

Le Dr Lawrence termine son observation en faisant remarquer l'utilité du Lister pour cette sorte d'opération, que l'on

peut faire sans crainte d'introduire des produits septiques. Il remarqua, en faisant écouler les sécrétions, que l'air pénétrait dans la cavité vagino-utérine à chaque inspiration ; mais en traversant le nuage phéniqué il y abandonnait tous les agents septiques. Il recommande son procédé opératoire aux chirurgiens. (*British Medical journal.* Mai 3, 1884, p. 855.)

Il est difficile de voir une opération dans le cours de laquelle les précautions antiseptiques ont été observées avec autant de rigueur. Cependant le Dr Biggs conteste l'utilité de ces précautions et comme preuve il rapporte dans le *Bristish Medical Journal* du 10 mai, p. 901, une *opération pour imperforation de l'hymen et dans laquelle il n'a observé aucune précaution antiseptique.*

II. Une jeune fille de 16 ans n'avait jamais été réglée, quoiqu'elle fût bien constituée. De temps à autre elle avait éprouvé quelques douleurs. Conduite chez le Dr Biggs par sa mère, celle-ci raconte au médecin que la nuit précédente elle s'était roulée sur son lit en proie à de vives souffrances, et que « son ventre était sorti ». Le Dr Biggs l'examina et constata une membrane bleuâtre qui faisait saillie notable à l'extérieur. Le seul orifice que l'on voyait était celui de l'urèthre, M. Biggs excisa alors un lambeau triangulaire de cette membrane, et immédiatement jaillit au dehors une abondante sécrétion noirâtre : la malade fut tout de suite soulagée et les douleurs ne reparurent plus. Lorsque la sécrétion fut arrêtée on couvrit les parties avec des linges imbibées de solution phéniquée au 1/40e ; mais la mère négligea de faire le pansement et laissa sa fille se lever le surlendemain de l'opération. Malgré cette absence de précautions, la malade n'eut aucun accident. (*British Medical journal*, 10 mai 1884, p. 901). A. RIZAT.

De la péricardite chez les enfants, par ASHBY. — On méconnait souvent la péricardite chez les enfants, et on la regarde comme rare à cet âge. Au-dessous de deux ans, elle peut reconnaître les causes suivantes : la septicémie chez les nouveaux-nés, à la suite de phlébite ou d'absorption de matières septiques par le cordon ombilical ; les périostites suppurées ou les ostéites chez les jeunes enfants ; la tuberculose des séreuses. Mais la péricardite qui est de beaucoup la plus importante à

connaître est celle qui survient soit spontanément, soit consécutivement à une simple pleurésie, à une pleurésie purulente, à une pleuro-pneumonie, et qui donne lieu à un épanchement le plus souvent purulent. Au-dessus de trois ou quatre ans, la péricardite chez les enfants reconnaît surtout pour cause le rhumatisme : l'auteur croit qu'elle ne survient que rarement dans les fièvres, même dans la scarlatine. C'est ainsi que l'endocardite complique souvent la néphrite scarlatineuse aiguë, tandis que la péricardite est rare, et que la lésion cardiaque la plus commune dans ces circonstances est la dilatation aiguë des cavités. L'auteur examine ensuite avec les plus grands détails les conséquences que peut avoir l'extension de l'inflammation au-delà du péricarde, sa propagation aux plèvres, aux bords antérieurs des poumons, aux ganglions médiastinaux, et aux autres organes du voisinage, propagations qui constituent l'affection à laquelle on a donné le nom de médiastino-péricardite. C'est dans ces cas que l'on peut observer le pouls paradoxal. (*Lancet*, mars, 1884, p. 559-610.)

L. B.

Un cas d'ophtalmie blennorrhagique guéri par l'iodoforme, par le Dr L. Guaita, oculiste en chef à l'hôpital de Bergame. — L'auteur a traité un cas très grave d'ophtalmie blennorrhagique à forme diphthéritique. Le succès a été complet. Tous les matins il projetait en abondance de l'iodoforme finement pulvérisé dans les culs-de-sac conjonctivaux, après avoir bien lavé l'œil avec une solution boratée. Cette opération ne produit qu'une légère cuisson disparaissant au bout de quelques minutes. Il conseille, en outre, de recouvrir l'œil d'une gaze iodoformée et d'un taffetas à la gutta-percha. Si l'iodoforme produit de fortes douleurs, c'est qu'il n'est pas assez finement pulvérisé. (*Annoli di Oftalmolog,* fosc. 2, 1883).

Dr H. Cellard.

De l'uréthrite bactérienne, par M. Aubert. — En examinant, au point de vue des microbes, les écoulements de tous ses blennorrhagiques, l'auteur a constaté dans quelques cas la présence dans ces écoulements d'organismes autres que le gonococcus de Neisser. Aussi croit-il pouvoir dès à présent poser les conclusions suivantes :

1° A côté de la blennorrhagie ordinaire, de beaucoup la plus fréquente, et qui s'accompagne toujours de la présence du gonococcus de Nelsser, il existe certains écoulements uréthraux caractérisés par la présence d'une quantité considérable d'éléments bactériens bien différents du gonococcus ;

2° Ces écoulements peuvent, comme l'écoulement à gonococcus, s'accompagner de cystile et d'épididymite, et commandent dès lors les mêmes précautions au point de vue du cathétérisme et de l'exploration du canal ;

3° Il est impossible de dire, quant à présent, si cette forme bactérienne est primitive ou secondaire, si elle est un type ou un état accidentel ; en d'autres termes, s'il existe des écoulements uréthraux provoqués primitivement puis entretenus par la présence de bactéries, ou bien si la pénétration et la substitution de celles-ci se fait à une période ultérieure de la blennorrhagie ordinaire. Peut-être ces deux types existent-ils. (*Lyon médical*, n° 28, 13 juil. 1884.)

L. B.

Erythème infectieux dans le cours d'une blennorrhagie, par Balzer. — Il s'agit dans cette observation d'un jeune homme de 28 ans, journalier, qui fut envoyé, le 5 fév. 1884, au pavillon d'isolement de l'hôpital St-Louis, comme étant atteint de variole : il avait été pris le 30 janvier d'une violente courbature avec rachialgie, céphalalgie intense et anorexie : à son entrée, il présentait un facies typhique des plus accentués, la langue sèche, rôtie, le pouls fréquent ; la température vespérale était de 40°2 : tout le corps, à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds, était recouvert d'une éruption érythémateuse surtout intense à la partie supérieure des cuisses et sur les fesses : sur le tronc et sur la face elle laissait quelques intervalles de peau saine. Elle était constituée par des papules rouges, saillantes, pour la plupart arrondies, de dimensions très variables, isolées en certains points, groupées en d'autres de façon à dessiner des demi-cercles. La peau était un peu chaude au toucher, mais il n'y avait pas de prurit. Il y avait de la conjonctivite et une angine érythémateuse des plus nettes. On trouvait des gargouillements dans les fosses iliaques, la rate était augmentée de volume, il n'y avait pas de

diarrhée ; l'auscultation de la poitrine révélait des râles sibilants et ronflants. Le malade avait une blennorrhagie dont il ignorait l'existence et dont il n'avait pas encore été traité : les urines renfermaient une notable quantité d'albumine. Le 11 février l'éruption commença à s'éteindre, le 14 février elle était tout à fait pâle ; le 16 elle avait presque entièrement disparu et il se faisait une légère desquamation. Quant à l'état général, on notait le 9 février un peu d'épistaxis, le malade restait dans la prostration avec une langue très sèche, de la bronchite et du gargouillement dans la fosse iliaque jusqu'au 15, et ce n'est qu'à partir de ce moment-là, c'est-à-dire plus de deux semaines après le début de l'affection, qu'il sembla entrer en convalescence.

M. Balzer, après avoir discuté très brièvement et éliminé les hypothèses de rougeole anormale et de fièvre typhoïde compliqué d'érythème parce que le malade aurait déjà eu une rougeole et une fièvre typhoïde, croit qu'il s'agit d'une blennorrhagie ayant déterminé des phénomènes d'infection. Je ne saurais, pour ma part, admettre cette hypothèse : quoi qu'en dise notre savant maître, cette observation ne peut être considérée par tout esprit non prévenu que comme une fièvre typhoïde ; on y trouve tous les symptômes de cette affection, début, céphalalgie, fièvre, gargouillement de la fosse iliaque, tuméfaction de la rate, langue rôtie, anorexie, angine, bronchite, etc..., la marche de la température, l'évolution de l'affection sont parfaitement typiques. Il est donc bien plus logique d'admettre ici une fièvre typhoïde compliquée d'érythème chez un jeune homme ayant d'ailleurs la blennorrhagie. En tout cas, il est impossible, quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir sur ce fait, de s'appuyer sur lui pour admettre une manifestation morbide aussi contestable que les érythèmes infectieux de la blennorrhagie. Quand on se reporte aux observations déjà publiées, on voit en effet qu'elles prêtent toutes à la discussion. Le fait nouveau de M. Balzer ne peut donc encore entraîner notre conviction à ce sujet. (*Gazette méd. de Paris*, 28 juin 1884.)



L. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

Les maladies puerpérales. — Etude clinique par le Dr F. Siredey, médecin de l'hôpital Lariboisière, avec 15 tracés thermométriques dont 2 planches hors texte. In. 8°. Chez Manon, 1884. — L'ouvrage que vient de publier M. le Dr Siredey n'est pas un traité complet des maladies puerpérales, c'est un exposé lumineux et d'une vérité absolue des complications qui surviennent trop fréquemment, hélas ! pendant les suites de couches, basé sur un nombre considérable d'observations personnelles. L'auteur s'efforce de démontrer, chose qu'il a déjà tentée ailleurs, que la fièvre puerpérale essentielle n'existe pas et que les maladies que présente la femme en couches, se rattachent constamment à deux types cliniques, distincts ou associés, qui correspondent à la localisation primitive des lésions sur les lymphatiques où sur les veines de l'utérus. L'ouvrage est divisé en six livres, où se trouvent étudiés successivement l'état puerpéral physiologique, l'état puerpéral pathologique, la lymphangite, la phlébite utérine, les complications viscérales des maladies puerpérales, et la prophylaxie.

Nous passerons rapidement sur le livre 1er, où l'auteur a consacré un chapitre spécial à l'étude du frisson ; il conclut avec Stoïcesco qu'après l'accouchement normal, il ne signifie rien du tout, mais qu'après des manœuvres où une opération obstétricale grave il indique un état sérieux, un danger imminent. Le livre II contient une étude fort bien faite de la fièvre puerpérale telle que la comprenaient les anciens, telle que l'admettent encore quelques rares auteurs, montrant qu'elle peut affecter deux formes principales, la forme inflammatoire, dont une variété pourrait porter le nom de forme bilieuse, et la forme typhoïde. D'après l'auteur toujours, les lésions primordiales ont leur siège dans les organes génitaux ; les lésions protofathiques donnent naissance aux altérations que l'on s'accorde à considérer comme habituelles aux maladies puerpérales. Ces altérations se rencontrent surtout dans le système vasculaire le l'appareil génital et beaucoup plus souvent dans les lymphatiques que dans les veines. La maladie peut affecter une forme bénigne ou une forme grave ; « pourtant, se hâte de dire l'au

teur, les formes bénignes comme les formes graves, nous paraissent toutes reconnaître pour cause *un principe infectieux*, mais à des degrés variables d'intensité.»

Au chapitre II, consacré à l'étiologie, à propos des causes prédisposantes, M. Siredey insiste tout particulièrement sur l'encombrement et montre les résultats déplorables qu'on obtenait anciennement dans le trop fameux Hôtel-Dieu et à la Maternité comparés aux brillantes statistiques qu'on obtient dans cette même Maternité depuis qu'on a diminué le nombre des accouchements, séparé les services dechirurgie et de médecine et employé la méthode antiseptique. Il cherche à montrer que la contagion est le facteur important, que cette cantagion provienne directement d'une femme malade aux femmes placées dans son voisinage, ou qu'elle soit portée par un intermédiaire et le plus souvent par l'accoucheur ou le personnel du service.

Quelle est la substance même du contagium, de l'agent infectieux? L'auteur se rallie à la théorie parasitaire émise pour la première fois par M. Pasteur et si bien exposée par M. Doléris dans sa thèse inaugurale. Toutefois, il ne le fait qu'avec de certaines restrictions parce que ses observation et un grand nombre d'autres faits qu'il a pu observer, leur permettent de faire intervenir des causes très différentes, qui excluent l'idée d'un élément spécifique absolument constant. Nous ferons remarquer que MM. Pasteur et Doléris n'ont jamais dit que le germe infectieux fût toujours identique et qu'il n'en existât qu'une variété.

Les livres III et IV contiennent une exposition magistrale de la lymphangite et de la phlébite utérine; c'est là que l'auteur se montre clinicien consommé ; les deux types de la maladie sont admirablement décrits et avec une précision qui montre combien grand est son esprit d'observation. Nous ne signalerons qu'un petit point sur lequel l'accord n'est pas fait ; c'est à propos de la phlegmatia alba dolens. M. Siredey ne croit pas que l'altération du sang commune à toutes femmes gracidiques ou récemment accouchées, suffise à elle seule pour expliquer la fréquence de la phlegmatia alba dolens dans les suites de couches. Toutes ces circonstances créent une prédisposition incontestable, mais l'affection ne se développe que s'il survient

une cause déterminante, et celle-ci nous est fournie, dit-il, par les diverses lésions de l'utérus, de la vulve ou du vagin, qui surviennent au moment de l'accouchement et ouvrent une voie à l'infection.

Cette opinion est loin d'être admise par tous les auteurs ; elle ne permet pas d'expliquer les cas de phlegmatia des membres supérieurs chez les femmes en couches. Le livre V contient un excellent chapitre sur les néphrites puerpérales, sur les complications cardia-pulmonaires et sur les éruptions chez les femmes en couches.

Le livre VI, enfin, est consacré à la prophylaxie, et aux soins à donner aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. De nombreuses observations terminent l'ouvrage.

Nous ne saurions trop recommander à nos lecteurs la lecture de cet ouvrage ; ils y trouveront des enseignements précieux.

Dr Ad. Olivier



FORMULAIRE

Le Poids des gouttes. — M. Marc *Boymond*, pharmacien à Paris, a publié dans le *Répertoire de pharmacie* (tome XII, 1884) une étude très remarquable sur le poids des gouttes. Après avoir exposé que le dosage de certains médicaments par gouttes est fort ancien et qu'il a pour lui l'avantage d'être pratiqué aussi bien par le malade que par le pharmacien, l'auteur dit qu'il a été démontré par l'expérience :

1° Que le poids des gouttes dé-[pe]nd du « *diamètre extérieur* » [du] tube qui les laisse écouler, que [le t]ube soit plein ou perforé, et non [du] diamètre intérieur, comme le dit le Codex de 1866 ; ce dernier diamètre *n'ayant d'influence que sur la vitesse d'écoulement* (Lebaigue, Guichard) ;

2° Que la nature du liquide (eau, alcool, éther, chloroforme, vinaigre, etc.) influe seule sur leur poids, quelle que soit d'ailleurs la proportion de matières dissoutes qu'il contienne (Boymond) ;

3° Que pour obtenir des gouttes d'eau distillée (à la température de 15°), du poids de cinq centigrammes, — soit 20 gouttes pour un gramme, — il suffit que le *diamètre extérieur du tube d'écoulement soit exactement de trois millimètres* (Lebaigue).

— Après diverses considérations sur le travail de l'évaluation du poids des gouttes et après avoir fait la remarque intéressante que de tous les liquides usités, *l'eau distillée est celui qui donne les gouttes les plus pesantes*, sauf exception unique pour la solution concentrée ou lessive de potasse et de soude, l'auteur publie un tableau très complet dans lequel il passe en revue les médicaments et donne le poids d'une goutte et le nombre de gouttes au gramme pour chaque agent.

Le cadre de cet article ne nous permet pas de reproduire ce tableau in extenso, quelque intéressant qu'il soit ; nous renvoyons nos lecteurs pour plus amples renseignements au *Répertoire de pharmacie*, loco citato, et nous nous bornerons à reproduire un résumé de ce tableau fait par l'auteur lui-même, comme moyen mnémotechnique :

1 gr. d'eau distill. équ. à		20	gout.
— d'alcool à 90°	—	61	—
— — 60°	—	52	—
— d'un alcoolat	—	57	—
— d'une alcoolat.	—	54	—
— d'une teinture alcoolique avec :			
alcool à 60° équ. à		53	—
— 80°	—	57	—
— 90°	—	61	—
— d'une teinture éthérée	—	82	—
— d'une huile grasse (environ)		48	—
— d'une huile volatile (environ)		50	—
— d'une solut. aqueuse, dil. ou saturée		20	—
— d'un vin médicinal (variable suivant richesse alcooliq.)		33 à 35.	
— de laudanum (variable) environ		33 à 35.	

Les solutions aqueuses donnent le même nombre de gouttes au gramme que l'eau distillée pure. Ainsi deux solutions aqueuses de chlorhydrate de morphine, au 1/20e et au 1/100e, donnent chacune 20 gouttes au gramme — chaque goutte du poids de 0 gramme 05 c comme l'eau distillée.

Dr Octave Gourgues.

—

Le menthol contre les douleurs sciatiques.

Menthol...........	4 gr.
Alcool............	32 —
Essence de girofle...	àà XX
Essence de cannelle.	gouttes.

Mêlez pour frictions sur la région douloureuse dans les cas de sciatique, ainsi que dans les cas de rhumatisme articulaire chronique du genou, du coude, de l'épaule.

Le menthol au Japon porte le nom de camphre, c'est le principe actif de la menthe poivrée.

VARIÉTÉS

—

Association française. — L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa première session à Blois, du 4 au 11 septembre. Pour tous les renseignements, s'adresser à M. Gariel, 4, rue Antoine-Dubois, à Paris.

Hopitaux de Rouen. — Un concours pour une place de médecin du Bureau central des hospices civils de Rouen s'ouvrira, dans cette ville, le jeudi 2 octobre 1884, à trois heures et demie.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction des hospices civils de Rouen, enclave de l'Hospice-Général, avant le 17 septembre, terme de rigueur.

Ecole de médecine de Rouen. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 16 août 1884, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et pharmacie de Rouen s'ouvrira le 1er mai 1885, à la Faculté de médecine de Paris.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Nomination. — Par arrêté du ministre du commerce, en date du 12 août courant, M. le Dr Proust, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, inspecteur général adjoint des services sanitaires, a été nommé inspecteur général de ces services, en remplacement de M. le Dr Fauvel, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé inspecteur général honoraire.

— M. Landouzy, agrégé, remplaçant M. le professeur Hardy, à la Charité, fera les mardis et samedis, à 10 heures, des leçons cliniques. Visite tous les jours à 9 heures ; le jeudi, examen et interrogatoire des malades par les élèves. Première leçon clinique le mardi 26 août.

— Le Conseil municipal a décidé de donner le nom de Civiale à l'une des rues du Xe arrondissement de Paris.

Il a également voté l'établissement d'un nouvel hôpital sur le glacis des bastions 30 et 31, c'est-à-dire dans la partie nord de Paris.

Le Conseil municipal a aussi autorisé la création d'un four crématoire au cimetière Sud pour l'incinération des détritus des hôpitaux et décidé l'installation de 180 lits, pour convalescents, dans le château de Brévannes que l'administration de l'Assistance publique a tout récemment acquis.

— SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Le Dr René Serrand, médecin consultant à Cauterets (Hautes-Pyrénées), vient d'être élu membre correspondant de la Société de médecine de Lyon. »

La SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON vient d'adresser la lettre suivante à l'Administration des chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée :

La Société nationale de médecine de Lyon, de plus en plus convaincue que les transports par chemin de fer sont un des moyens les plus actifs de propagation du choléra, et peuvent par cela même, convenablement réglementés, devenir un des meilleurs moyens d'empêcher cette propagation ;

Croit devoir rappeler avec une nouvelle insistance à l'Administration de la ligne Paris-Lyon-Méditerranée les mesures qu'elle avait conseillées dans ce sens dès le début de l'épidémie (séance du 29 juin 1884), mesures qui consistent essentiellement :

A répartir, sur la limite d'invasion du fléau, les voyageurs de chaque train dans deux séries de wagons : les uns exclusivement destinés aux personnes venant des pays infectés, les autres exclusivement destinés aux personnes prises en route à partir de cette limite ;

A empêcher, pendant le trajet, toute communication entre les voyageurs de ces deux catégories ;

A désinfecter les bagages suspects, pendant le trajet, dans le wagon qui les transporte.

La Société recommande avec d'autant plus de confiance ces propositions à l'Administration du Paris-Lyon-Méditerranée que celle-ci ayant, dès le début de l'épidémie, spontanément installé dans ses principales gares un service de désinfection qu'elle s'appliquait à perfectionner de plus en plus, a ainsi donné la mesure de l'esprit éclairé et progressif qui préside à ses résolutions.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort subite de M. le docteur Burcq, bien connu pour ses travaux sur la métallothérapie.

— On annonce aussi la mort de M. J.-B. Jacquinet, médecin à Chalantre-la-Grande (Seine-et-Marne), décédé le 22 juillet dans sa 86e année.

CONSEILS D'HYGIÈNE ET MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES. — M. le ministre du commerce vient d'adresser aux préfets la circulaire suivante :

« Par une circulaire en date du 23 juillet dernier, j'ai appelé votre attention sur le fonctionnement des services de l'hygiène et sur le concours que, dans les circonstances présentes, vous pouvez demander au conseil d'hygiène et aux médecins des épidémies.

Le rôle de ces agents sanitaires ne doit pas se borner à prendre les mesures nécessaires pour arrêter les épidémies déclarées ; ils doivent

aussi, et ce n'est point la partie la moins considérable de leur mission, rechercher d'une manière constante, et pour ainsi dire journalière, les causes d'insalubrité qui existent dans leur région, afin que les administrations compétentes puissent, dès qu'elles leur sont signalées, y remédier par tous les moyens dont elles disposent.

L'accomplissement de cette mission, pour laquelle l'administration centrale enverra prochainement des instructions et des programmes, exige de la part des conseils d'hygiène des travaux longs et difficiles qu'on ne saurait équitablement leur demander s'ils ne sont pas rémunérés.

Je viens donc, au moment où les conseils généraux vont se réunir, vous prier d'appeler l'attention du conseil général de votre département sur la situation des conseils d'hygiène et sur les diverses considérations ci-dessus. Je ne doute pas qu'ils ne consentent soit à augmenter l'allocation destinée à cette nature de dépenses, soit, s'ils n'ont jusqu'ici accordé dans ce but aucun crédit, à en inscrire un suffisant pour des dépenses dont l'utilité ne saurait être contestée.

En présence de l'épidémie qui frappe en ce moment quelques-uns de nos départements et qui porte un si grave préjudice à la fortune publique de la France, le conseil général comprendra, j'en suis certain, qu'il est indispensable de fournir aux conseils d'hygiène les ressources nécessaires pour des études dont le but est d'améliorer les conditions sanitaires du pays et de le préserver des fléaux épidémiques.

Je vous serai très obligé de m'accuser réception de cette circulaire et de me faire connaître la délibération qui aura été prise par le conseil général de votre département.

Les quarantaines de terre. — Nous assistons en ce moment à une expérience qui va probablement fixer le sort des quarantaines terrestres. Nos voisins nous accusent d'avoir laissé envahir le continent par le choléra, alors qu'il nous eût été possible de l'arrêter à son origine, en lui barrant la voie de terre. On ne saurait douter de la sincérité de leurs convictions, car ils prêchent eux-mêmes d'exemple, et tous à l'envi s'efforcent de limiter l'épidémie en établissant des cordons sanitaires sur nos frontières. Ils en établissent aussi sur d'autres points, et l'épreuve la plus instructive est certainement celle qui se fait en ce moment-ci, ou qui va se faire à la Spezzia, le grand arsenal maritime de l'Italie, et à Moncalieri.

Malgré toutes les précautions prises pour défendre le port, le choléra est entré dans la Spezzia ces jours derniers. Nous ne savons pas au juste co[illegible] bien il y a eu de cas de maladie dans la ville ; mais ce qui est certai[illegible], c'est qu'à la première nouvelle de l'épidémie, le gouvernement, po[illegible] préserver le reste de l'Italie, a mis la Spezzia en quarantaine. Le

chemin de fer a été coupé et un cordon sanitaire a été établi sur la voie de terre.

Nous faisons des vœux pour le succès de ces mesures qui seront pour tout le monde, quel qu'en soit le résultat, un précieux enseignement. Si elles réussissent en Italie, elles n'auront, dans l'avenir, aucune raison d'être repoussées systématiquement, comme elles l'ont été jusqu'à ce jour, et comme elles le sont encore, par les conseils sanitaires libres échangistes.



REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 *août* 1884. — Présidence de M. LARREY.

Rapport. — M. Le Roy DE MÉRICOURT, continuant son rapport de la précédente séance, résume un travail de M. Luton, de Reims, qui, dans les cas de choléra, fait des injections hypodermiques de sulfate de soude neutre, solution normale au dixième, avec une seringue mesurant 5 grammes de la solution.

M. MAREY demande une enquête : 1° sur la question des eaux potables ; 2° sur les matières fécales ; 3° sur les conditions hygiéniques que présentent les différentes localités ; 4° sur l'épidémie actuelle et sur l'urgence de la situation ; 5° sur les questions internationales ; 6° sur l'enseignement de l'épidémiologie.

M. PETER fait un rapport sur les deux travaux envoyés par M. le Dr Queirel, président de la Société de médecine de Marseille, et relatifs aux débuts de l'épidémie à Marseille et à Arles.

Dans son premier travail, M. Queirel confirme de tous points ce que nous avaient appris MM. Brouardel et Proust. Il n'y avait pas à Marseille de constitution diarrhérique prémonitoire, et même les cas de diarrhée étaient, avant l'épidémie, moins nombreux que les années précédentes.

M. Peter combat la théorie microbienne appliquée au choléra. MM. Straus et Roux, dit-il, sont venus ici nous dire que dans les intestins des cholériques on trouvait de nombreuses espèces de microbes ; le microbe spécial de M. Koch se ren-

contre seulement dans un grand nombre de cas de choléra, mais non dans le choléra foudroyant, comme si dans ces cas le microbe en virgule n'avait pas eu le temps de se développer.

Ce qui résulte surtout du rapport de M. Queirel, c'est ce fait que le choléra se développe principalement dans les points où les règles de l'hygiène sont le moins respectées. Un point curieux de cette épidémie, c'est que le choléra s'est surtout montré dans de petits villages très sales. M. Queirel termine son rapport par ce vœu que l'on réforme l'hygiène pratique ou plutôt qu'on la crée dans les points où elle n'existe pas.

M. Brouardel demande que l'on précise la conclusion à laquelle il faut arriver actuellement. Il propose de renvoyer à la section d'hygiène le travail de M. Marey. (Adopté.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 *juillet* 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

M. Trélat communique une observation *d'opération de hernie étranglée sphacélée suivie de guérison.*

Il s'agit d'une femme de 53 ans qui entra le 1er juin, dans le service de M. Trélat, pour une hernie inguinale droite étranglée. Elle se plaignait de violentes douleurs dans le ventre. Le chef de clinique de M. Trélat, qui vit la malade vers sept heures et demie à huit heures du soir, jugea qu'il y avait lieu de pratiquer immédiatement l'opération de la hernie étranglée ; il procéda séance tenante à cette opération et tomba sur un foyer fécal situé autour d'une portion d'intestin ayant une coloration grisâtre et manifestement atteinte de sphacèle. Dans ces conditions, l'opérateur ne crut pas devoir réduire l'anse intestinale étranglée. Il la fendit largement et, après avoir excisé les lambeaux irréguliers, il fixa autour de la plaie abdominale les parties de la muqueuse qui lui parurent saines. Il en résulta un anus contre nature ou, si l'on veut, une large fistule stercorale pouvant admettre l'index. Le chirurgien s'était appliqué laisser la moindre longueur possible à l'éperon intestinal.

A part quelques légers accidents qui se manifestèrent dans premiers jours de l'opération, celle-ci n'eut pas de suites aves ; le cours des matières fécales se rétablit d'une manière

de plus en plus régulière, et la malade, opérée le 2 juin, était complètement guérie à la fin du même mois.

M. Trélat prescrivit alors le traitement suivant, dont il n'a eu qu'à se louer depuis vingt ans dans des cas analogues et qu'il croit pouvoir recommander d'une manière toute particulière à ses collègues. Après avoir fait prendre à la malade une série de grands bains d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, il la soumit à une alternative de purgations et de constipations. Ainsi, ayant administré une bouteille d'eau de Sedlitz, dès le lendemain il donnait de l'opium pendant cinq jours, de manière à produire la constipation ; puis, au bout de ce temps, il administrait une nouvelle bouteille d'eau de Sedlitz, suivie d'une nouvelle série de cinq jours d'opium et de constipation, après quoi il administrait un troisième purgatif, et ainsi de suite jusqu'à guérison effective totale.

— M. Trélat présente un malade auquel il a pratiqué l'opération de l'*Ostéoclasie* à l'aide de l'appareil de M. le docteur Robin (de Lyon). Ce malade, atteint de *genu valgum* double très prononcé, avait été présenté déjà à la Société de chirurgie par M. Robin dans la séance du 22 mai. C'est un jeune Italien de Ferrare que M. Robin avait rencontré dans les rues de Lyon, et à qui il avait proposé de le guérir de son *genu valgum* par une opération ; le malade avait accepté avec empressement, et M. Robin l'avait amené à Paris dans le but de le présenter à la Société de chirurgie avant et après l'opération.

M. Trélat, désireux de voir par lui-même les effets de l'application de l'appareil de M. Robin, et de comparer les résultats de cette méthode avec ceux de l'ostéotomie, avait reçu le malade dans son service où l'ostéoclasie a été pratiquée le 28 mai dernier avec l'instrument et le concours de M. Robin. L'opération a été faite sur les deux membres, et, immédiatement après, un appareil plâtré a été appliqué sans redressement. Au bout de huit jours, on a fait le redressement après chloroformisation et un nouvel appareil plâtré a été appliqué.

Le malade est resté pendant 32 jours dans sa gouttière, ayant souffert assez vivement pendant 48 heures, puis, au bout de 32 jours, il a été retiré de la gouttière ayant un double cal au niveau des deux fractures faites par l'ostéoclaste et un très petit épanchement dans les deux genoux.

En somme, le résultat de l'opération a été excellent : le malade a commencé à marcher avec des béquilles, aujourd'hui il marche avec des cannes.

Comparativement avec l'ostéoclasie qu'il a pratiquée sur ce jeune homme, M. Trélat a fait l'ostéotomie sur une jeune fille qu'il a opérée, il y a quarante jours, avec le concours de son collègue et ami M. Bouilly. L'opération pratiquée avec l'ostéotome de Mac-Even n'a rien présenté de particulier. Immédiatement après l'opération pratiquée sur une seule jambe, la malade a été mise dans un appareil plâtré avec redressement. Un seul pansement a été appliqué le seizième jour et enlevé le trente-quatrième. La plaie était absolument guérie. Au point de vue du phénomène douleur, M. Trélat a constaté que l'ostéotomie l'emporte sur l'ostéoclasie ; la jeune fille ostéotomisée a éprouvé moins de douleur que le jeune homme ostéoclasié.

Au point de vue du résultat définitif, le redressement a été parfait dans les deux cas, sauf une saillie plus marquée du fragment inférieur chez la jeune fille ostéotomisée.

En somme, chez les deux malades, il n'y a eu ni accidents ni complications et la guérison a été complète.

Or, comme l'ostéoclasie est une opération non sanglante, il semble que la balance doit pencher en sa faveur, puisqu'elle a donné un résultat égal à celui de l'opération sanglante.

M. Kirmisson communique une observation qui lui paraît très intéressante au point de vue des *rapports du traumatisme avec la tuberculose*. Il s'agit d'un enfant de 5 ans 1/2, entré dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière pour une hémiplégie avec contracture survenue huit jours après une chute sur la tête. L'apparition de symptômes cérébraux, de douleurs très vives à la région de la tempe, du côté du traumatisme, de cris plaintifs, de vomissements, etc., firent penser à l'existence d'un foyer purulent produit à la suite d'une fracture probable du crâne. Le petit malade fut donc envoyé dans le service de M. Terrillon, que M. Kirmisson remplaçait en ce moment.

L'absence de tout signe de fracture et la marche lente des accidents qui s'étaient montrés successivement après le traumatisme, firent penser à M. Kirmisson qu'il pouvait n'y avoir qu'une simple coïncidence entre le traumatisme et l'apparition d'un néoplasme tuberculeux ou cancéreux.

Malgré ces doutes, la trépanation fut pratiquée ; elle fut suivie de la mort du malade au bout de vingt-quatre heures. L'autopsie montra l'état sain des parties molles de la boîte osseuse, de la dure-mère et de la surface du cerveau. Mais, dans le centre de l'hémisphère droit, existait une masse tuberculeuse ayant détruit la couche optique et le corps strié. La nature tuberculeuse de cette tumeur fut reconnue par l'examen histologique pratiqué dans les laboratoires de M. Charcot et de M. Cornil.

Ce fait, ajouté à quatre autres que M. Kirmisson a recueillis dans des publications étrangères, démontre qu'il n'y a souvent qu'une simple coïncidence entre le traumatisme et l'apparition d'une production tuberculeuse.

M. Polaillon présente une *masse polypeuse* ayant déterminé l'inversion complète de la matrice au fond de laquelle elle était insérée.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, atteinte d'un état voisin de l'aliénation mentale, qui entra à l'hôpital portant entre les jambes une tumeur qui sortait par la vulve et qui exhalait une odeur infecte par suite du sphacèle de sa partie supérieure. A l'examen, M. Polaillon reconnut qu'elle était insérée au fond de l'utérus complètement retourné par le poids de cette masse de nature polypeuse.

Il fallut, de toute nécessité, enlever cette tumeur en la sectionnant au niveau de son pédicule. Cette section fut pratiquée à l'aide du thermo-cautère avec beaucoup de précautions. Il n'était pas possible d'éviter l'ouverture du péritoine; une forte ligature fut appliquée, pour oblitérer cette ouverture, au moyen de l'instrument à traction. Depuis l'opération, aucun symptôme de péritonite ne s'est produit ; la température n'a pas dépassé 38°, le ventre n'est pas ballonné, et comme six jours se sont écoulés depuis l'opération, M. Polaillon espère qu'elle sera couronnée de succès.

Séance du 6 août 1884. Présidence de M. Marc Sée.

M. Polaillon présente un malade et communique une observation d'*hématocèle de la tunique vaginale*, pour laquelle il a dû pratiquer la castration, opération qui a été suivie d'une guérison complète.

M. Polaillon hésita un instant entre la décortication et la castration. Mais il fallait terminer l'opération au plus vite et il était difficile de faire la décortication sans léser le testicule à cause de l'épaisseur des membranes qui l'entouraient. M. Polaillon se décida en conséquence pour la castration, qu'il pratiqua après ligature préalable du cordon. Trois grosses artères qui battaient à la surface du cordon furent liées avec des fils de catgut ; le scrotum fut ensuite suturé jusqu'au niveau de la ligature du cordon, et un gros tube de caoutchouc fut laissé dans la plaie.

Le soir, il y eut une élévation de la température causée sans doute par une rétention d'urine, car elle tomba après le cathétérisme à 37,2 pour ne plus se relever.

Le 15 juin, la réunion primitive était obtenue dans presque toute l'étendue de la plaie ; le 16, la plupart des sutures étaient enlevées ; le 20, il n'existait plus que quelques points de suppuration sur le trajet de la cicatrice, et tous les points de suture étaient enlevés ; le 22 juin le malade se levait et se promenait au jardin ; enfin, le 16 juillet, il quittait l'hôpital complètement guéri.

La communication de M. Polaillon est suivie d'une longue discussion à laquelle ont pris part MM. Bouilly, Marchand, Berger, Després, Lucas-Championnière, Reclus-Tillaux et Marc Sée.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE

ÉTUDE SUR LES EAUX DE LUCHON DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS *(suite)*,

Par M. de Lavarenne.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

— 2° Un jeune homme de 24 ans, lymphatique nerveux, sans antécédents héréditaires, ayant eu la fièvre typhoïde l'année même où il contracta la syphilis, vint me consulter en juillet 1881. Il était amaigri, pâle, affaibli, au point qu'il ne put supporter, sans avoir une syncope, mon premier examen, naturellement un peu long. Il manquait d'appétit, avait des éblouis-

sements fréquents, des palpitations cardiaques, il lui était impossible de se livrer au moindre travail intellectuel. Cet état remontait à près d'un an et avait été plus grave encore.

Au moment où je l'examinai, les manifestations spécifiques étaient un nodule gommeux ulcéré du prépuce ; un léger écoulement purulent de l'oreille gauche. Voici son histoire :

Il avait eu son chancre en 1878, suivi quelque temps après de roséoles, plaques muqueuses à la gorge, à la bouche, d'abord assez rebelles au traitement, mais qui disparurent assez rapidement dès qu'il cessa de fumer. En 1880, étant sur le point de se marier, n'ayant pas eu d'accidents depuis fin 1878, c'est-à-dire près de deux ans, il vient à Luchon se soumettre au traitement d'épreuve. Il partit ayant pris 20 bains Reine et Grotte, 20 douches, 10 étuves, et bu chaque jour 3 verres d'eau du Pré N° 1. Aucun accident spécifique ne s'étant produit, le médecin qui le soignait lui affirma sa guérison. Il était frès fatigué par ce traitement ; l'affaiblissement, à son retour dans sa famille, alla toujours croissant, au point que, grand chasseur, il ne put même pas faire l'ouverture de la chasse. *Un mois* après son départ de Luchon il vit survenir successivement dans un espace de temps de 5 mois, et malgré un traitement spécifique des mieux dirigés : 1° une gomme de la jambe gauche, qui ne se cicatrisa qu'à Luchon ; 2° une gomme de la verge ; 3° une ostéo-périostite des os du nez avec carie, nécrose superficielle, ulcération et ozène ; 4° une otite moyenne avec perforation du tympan, écoulement purulent qui disparut à Luchon.

Dès son arrivée je lui fis suivre un traitement sur lequel je reviendrai dans la suite de ce travail, qui amena en quarante jours une guérison complète. Mais le malade n'en restait pas moins atteint d'une surdité de l'oreille gauche indélébile. J'ai eu des nouvelles de ce malade plusieurs fois, il n'a pas eu de nouveaux accidents et a pu depuis lors se marier.

Nous avons mentionné déjà ces deux observations dans un travail lu en 1883 à la Société d'hydrologie (1) ; depuis lors, nous avons observé de nouveaux exemples.

(1) De Lavarenne. Etude critique sur le Traitement d'Epreuve. *Société d'hydrologie*, t. 28, p. 594 et suivantes.

M. X., 29 ans, sans antécédents pathologiques ni héréditaires), sans constitution ni tempérament caractérisé, vient me consulter le 20 août 1883. Il avait contracté la syphilis en 1879 (juin) : chancre, roséole, plaques muqueuses persistantes (le malade est grand fumeur) ; pendant deux ans pas d'autres accidents ; traitement méthodique, régulièrement suivi. En juin 1884, c'est-à-dire 4 ans juste après le chancre, deux ans environ après la cessation de tout accident, et trois mois après la dernière période de traitement, il vient suivre à Luchon le traitement d'épreuve, qui consiste en bains de Reine et Grotte, douches et étuves, Eau du Pré n° 2, jusqu'au 19 juillet ; il part de Luchon, pour reprendre ses occupations (voyageur de commerce). Il était fatigué par le traitement, affaibli ; pendant les voyages qu'il fait cet affaiblissement ne fait que s'accroître. Surviennent des douleurs violentes de tête, manque d'appétit, courbature, un peu de fièvre le soir. En passant à Tarbes, il consulte un médecin, qui lui donne un vomitif, du sulfate de quinine : l'un et l'autre sont sans action, et quelques jours après, le 11 août, il s'aperçoit qu'il a une éruption sur les jambes, les bras, les épaules. Il consulta à nouveau (le diagnostic est syphilides ecthymateuses) et revient quelques jours après à Luchon.

Il avait alors sur les jambes, les cuisses, les bras, les épaules, le dos, de nombreuses petites croûtes noirâtres, adhérentes, entourées d'une aréole rouge cuivrée. A la partie moyenne de l'avant-bras droit, et sur la partie postérieure de l'épaule du même côté se trouvaient deux croûtes, adhérentes, gris brun, entourées, enchâssées dans un cercle rouge livide, qui s'étendait de 3 à 4 millimètres en dehors. Les petites croûtes avaient en moyenne 3 millimètres de diamètre, les deux grandes, les dimensions d'une pièce d'un franc environ, cependant celle du dos un peu plus large. En somme, nous étions en présence de nombreuses syphilides ecthymateuses superficielles, et de deux p ques d'ecthyma sinon profond, du moins intermédiaire en- l l'ecthyma superficiel et l'ecthyma profond, et le malade nous s rmait son bon état de santé avant le traitement.

ous donnâmes immédiatement un traitement reconstituant,

et 10 jours après les croûtes étaient tombées, laissant les unes des érosions qui furent rapidement cicatrisées, les autres de véritables ulcérations superficielles dont la cicatrisation ne fut obtenue que 3 semaines après, sous l'influence du traitement mixte allié au traitement thermal.

Le malade partit le 25 septembre bien portant, ayant à la place de ses croûtes d'ecthyma de petites taches rouges et deux cicatrices à l'avant-bras et à l'épaule droite, lisses, brunâtres pigmentées.

Cette observation est des plus intéressantes : d'abord, il nous paraît évident que les accidents furent sous l'influence directe du traitement; de plus, ce furent des accidents qui surviennent généralement chez des malades affaiblis, dans de mauvaises conditions nutritives, et enfin les eaux sulfurées, jointes au traitement mixte, amenèrent une guérison plus rapide que celles produites dans des cas de ce genre par le traitement spécifique seul.

En janvier 1884, le bon état de santé de notre client ne s'était pas démenti.

(*A suivre.*)

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

4e Année. — T. VII. N° 9 30 Aout 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LE CHOLÉRA.

La séance du 26 août 1884, présidée par M. Larrey, a été exclusivement consacrée à l'épidémie actuelle.

M. Brouardel, au nom de la section d'hygiène, a lu un rapport sur les propositions formulées devant l'Académie, dans la dernière séance, par M. Marey, relativement à une enquête à faire sur les anciennes épidémies de choléra et à diverses mesures d'hygiène à prendre, soit pour prévenir, soit pour arrêter ou atténuer les épidémies à l'avenir.

Le but du travail de M. Marey a été de résumer les points sur lesquels l'accord est fait parmi les médecins sur la ques-

FEUILLETON

DES BRASSEURS.

ETUDE D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE,

Par M. le Dr L. Duchesne,

Ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

L'industrie du brasseur n'est pas, à proprement parler, malsaine ; mais il faut qu'elle soit bien agencée pour éviter les accidents, et ne pas être incommode pour le voisinage.

Dans le Nord, en effet, les brasseries ne sont pas établies dans les faubourgs ou à la campagne (à l'exception des brasseries de village), mais bien en pleine ville. Les précautions à prendre ont donc un caractère d'urgence plus accentué.

(1) Travail lu à la Société de médecine pratique, séance du 5 juin 1884.

tion du choléra et de pousser à l'adoption des mesures hygiéniques qui ne peuvent soulever de contradiction.

La section d'hygiène, après avoir examiné les propositions de M. Marey, et choisi M. Brouardel pour rapporteur, a chargé ce dernier de présenter et de soutenir devant l'Académie les conclusions suivantes :

1° Il est désirable *qu'une enquête administrative*, vu l'urgence, soit instituée tout de suite, de manière à faire connaître les causes démontrées ou présumées de l'apparition des épidémies cholériques antérieures dans les villes et villages de France, leur marche et les conditions qui en ont favorisé le développement, notamment les causes d'insalubrité spéciales à ces villes et villages, la pureté des eaux d'alimentation, les méthodes de vidange, etc.

Elle demande que, pour l'épidémie actuelle, tous les documents relatifs à ces diverses questions soient soigneusement enregistrés, dressés de façon à être comparables entre eux.

Elle estime que l'étude du passé sanitaire de chaque commune peut seule permettre à l'Administration de prendre les mesures nécessaires pour empêcher que les mêmes causes ne produisent les mêmes désastres lors du retour de chaque épidémie nouvelle.

L'un des accidents le plus souvent signalés dans les anciennes brasseries, accident qui devient maintenant plus rare, mais que l'on constate encore quelquefois, est la chute d'un ouvrier dans l'eau des chaudières de cuite, alors qu'elles sont en pleine ébullition. Il est donc avant tout nécessaire que le mode de fermeture de ces chaudières soit efficace, et que, par exemple, les planchers que l'on a l'habitude de poser au-dessus d'elles soient solidement fixés.

On signale encore l'asphyxie par l'acide carbonique dans les salles où a lieu la fermentation des moûts et aussi dans les salles de germination ; mais cela ne se produit que chez les ouvriers qui se couchent par terre pour y dormir et restent ainsi au milieu d'une couche d'acide carbonique qui, étant plus dense que l'air, s'accumule à la partie inférieure. Ils éprouvent alors des douleurs de tête, des vertiges, de l'anxiété.

Il est bon, toutefois, de renouveler l'air de ces salles, soit au

2° Les eaux qui servent à la consommation doivent être exemptes de toute souillure. Il y a lieu de faire examiner par des commissions d'hygiène les eaux qui actuellement sont utilisées en boissons, et de soumettre à leur approbation les projets de dérivation et de distribution des eaux qui doivent servir dans l'alimentation des villes et des villages.

3° Quels que soient les moyens employés pour désinfecter et transporter les matières fécales, celles-ci ne devront jamais polluer les cours d'eaux, ni être répandues à l'air libre sur le sol, ni jetées sur les fumiers.

4° L'administration chargée de l'hygiène publique est invitée à centraliser tous les documents capables de l'éclairer sur l'état de chaque localité au point de vue de l'hygiène.

Ces documents lui sont fournis par la statistique, par les médecins des épidémies, par les Conseils d'hygiène d'arrondissement, par les bureaux d'hygiène, dans les grandes villes.

Elle seule peut contraindre les municipalités chargées par la loi de veiller à l'exécution des mesures d'hygiène dans leurs communes ; elle seule peut provoquer l'affectation à des services de ressources suffisantes.

5° L'administration est priée d'étudier dans quelles conditions pourrait être établi un bureau international d'hygiène,

---

moyen d'appareils de ventilation, soit au moyen de corneaux pratiqués à la partie inférieure des murs.

La ventilation produisant des courants d'air qui empêchent ou troublent la fermentation, on a, dans une grande brasserie de Louvois, tourné la difficulté de la manière suivante :

« Le local, dit M. de Freycinet destiné à la fermentation des bières blanches est très spacieux et très élevé, ce qui est déjà une bonne condition de salubrité. En outre, entre les diverses rangées de tonneaux existent des couloirs dans lesquels s'épanche le jet et se réunit l'acide carbonique. Ces couloirs ont pour profondeur toute la hauteur des tonneaux, et au niveau de l'extrémité supérieure de ceux-ci règne une espèce de plancher destiné à l'ouvrier chargé de l'inspection des bières. La tête de celui-ci se trouve donc au-dessus de la zone dangereuse, de toute la hauteur du corps. »

Toutes les brasseries d'Alsace et de Belgique sont ventilées

permettant de grouper tous les documents relatifs aux épidémies, de signaler leur apparition dans les divers pays.

6° Un enseignement spécial de l'épidémiologie sera organisé dans les diverses Facultés.

7° L'Académie charge la commission du choléra, dont fera partie M. Marey, de rechercher dans les documents relatifs aux épidémies antérieures, dans ceux qui lui ont été adressés à l'occasion de l'épidémie actuelle et qui lui seront ultérieurement envoyés, tous ceux qui peuvent servir à élucider la durée de l'incubation de la maladie, le mode de contamination, la rapidité de l'invasion, la marche de l'épidémie, les causes qui ont pu favoriser son développement, celles qui paraissent avoir assuré l'immunité dans les diverses localités.

A la suite du rapport de M. Brouardel, sur la proposition de M. le Président, et après quelques courtes observations présentées par MM. Bouley, Jules Guérin, Marey et Brouardel, l'Académie a nommé une commission d'enquête de neuf membres, puis la séance s'est terminée par deux communications de MM. Jules Guérin et Bouchardat que l'heure avancée n'a pas permis d'achever et dont nous reparlerons dans notre prochain numéro.



---

artificiellement, mais un certain nombre de celles du Nord ne le sont pas.

Les personnes habitant dans le voisinage des brasseries se sont quelquefois plaint de la chaleur, de l'humidité et aussi de la mauvaise odeur. La chaleur provenait de ce que les chaudières étaient trop rapprochées des murs mitoyens : dans ces cas, le brasseur est en contravention avec la loi qui exige une certaine distance. L'humidité provenait des buées des chaudières en ébullition, ce qui n'arrive plus guère dans les brasseries récemment construites où l'on exige toujours maintenant que l'atelier des chaudières n'ait point d'ouverture dans les murs donnant du côté des voisins, et qui se termine par une cheminée s'élevant au moins de deux mètres au-dessus des toits dans un rayon de 50 mètres ; on prescrit généralement que la cheminée ait 30 mètres de hauteur et que l'on brûle la fumée.

L'accumulation ou plutôt le séjour très prolongé des drèches

REVUE PROFESSIONNELLE

LA QUESTION DES SYNDICATS MÉDICAUX

On sait que dans sa vingt-cinquième Assemblée générale, tenue à Paris les 20 et 21 avril 1884, l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France a pris la résolution de mettre à l'étude, pour la prochaine Assemblée générale, la question des rapports à établir entre l'Association et les Syndicats médicaux. Voici, à ce sujet, le questionnaire qu'elle a adressé à toutes les sociétés locales de France :

1re *question*. — Existe-t-il dans le rayon de la Société un ou plusieurs Syndicats médicaux ?

2me *question*. — Dans l'affirmative, faire connaître le siège de chaque syndicat et sa circonscription, et indiquer notamment s'il comprend seulement une ou plusieurs communes, ou s'il s'étend soit à tout un arrondissement, soit même à tout un département.

3me *question*. — Indiquer, pour chaque syndicat existant, le nombre des membres et dire combien parmi ces derniers sont en même temps membres de l'Association générale.

---

est une cause de mauvaise odeur : le brasseur devra les faire régulièrement enlever. Enfin, le brasseur doit aussi veiller à l'écoulement de ses eaux sales provenant du mouillage des grains, ainsi que du lavage des chaudières et des tonneaux. Il serait bon de prescrire que ces eaux soient reçues dans un bassin en maçonnerie bien cimenté et étanche et brassées avec deux kilogr. de chaux vive amenée à l'état de lait par mètre de liquide, et abandonnées au repos. Les matières déposées seraient enlevées fréquemment et charriées à la campagne.

M. Layer a remarqué chez les brasseurs, comme une maladie commune, l'irritation des voies urinaires et de la vessie.

J'ai constaté, de mon côté, qu'ils étaient très rarement affectés de la pierre et de la gravelle.

Leur profession expose les brasseurs à peu de maladies et on constate qu'ils ont une durée moyenne de vie de 40 à 50 ans.

J'ai constaté enfin qu'ils succombent fréquemment à l'ascite.

4me *question.* — Communiquer le texte imprimé des statuts de chacun des syndicats existants. Si les statuts ne sont pas imprimés, prière d'en adresser une copie manuscrite.

5me *question.* — Faire connaître quel a été, jusqu'à la promulgation de la loi sur les syndicats, le mode de fonctionnement des syndicats médicaux existants, et quels ont été les résultats constatés.

6me *question.* — Faire savoir si les syndicats existants ont accompli les formalités prescrites par l'art. 4 de la loi pour qu'ils soient régulièrement constitués.

7me *question.* — Dans les cas où les prescriptions de l'art. 4 auraient été remplies, faire savoir si les syndicats ont eu occasion de faire officiellement usage des droits conférés par l'art. 6, et de quelle manière.

8me *question.* — Faire savoir si, jusqu'à ce jour, la Société est restée étrangère aux syndicats de sa circonscription, ou si elle a établi des rapports avec eux.

9me *question.* — Dans ce dernier cas, expliquer d'une manière précise et détaillée quelle a été la nature de ces rapports et quels ont été les résultats constatés.

10me *question.* — Indiquer, avec la même précision, la nature des rapports que la Société serait désireuse de voir établir, pour l'avenir, entre elle et les syndicats de sa circonscription.

L. B.



REVUE CLINIQUE

—

DES HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES A L'EXTRACTION DE LA CATARACTE (1)

Par le docteur da Gama Pinto.

Bien que les hémorrhagies intra-oculaires survenant pour ainsi dire spontanément dans le vitreum après opération de la cataracte soient rares, elles ont été cependant observées un certain nombre de fois et méritent d'être signalées comme l'une

(1) *Revue générale d'ophthalmologie*, 31 mars 1884.

des complications les plus graves qui surviennent dans les premières heures qui s'écoulent après l'opération. M. da Gama Pinto relate les deux cas suivants :

Une malade âgée de 57 ans, d'une bonne santé, atteinte de cataractes demi-molles, entra à la clinique de Heidelberg pour y être opérée. Son agitation extrême nécessita l'anesthésie ; mais pendant le nettoyage de la plaie la malade se réveilla et s'agita tellement qu'il y eut une très légère perte d'humeur vitrée ; aussi M. da Gama Pinto renonça-t-il à l'évacuation complète des masses corticales et excisa seulement le prolapsus du corps vitré de façon à obtenir une bonne coaptation de la plaie. L'ésérine fut instituée et un pansement à l'acide borique fut appliqué sur l'œil.

Dans la nuit, 12 heures après l'opération, la malade fut prise de vomissements et de douleurs vives dans l'œil opéré. En enlevant le pansement on le trouva imbibé d'un sang rouge clair qui coulait le long de la joue. La glace fut appliquée sur l'œil, puis, après cessation de l'écoulement, le pansement fut refait et on pratiqua une injection hypodermique de morphine.

Le lendemain les vomissements reparurent avec un léger écoulement de sang ; mais on s'en rendit maître avec la glace, le champagne et la potion de Rivière.

Quoiqu'il en soit, une panophtalmie se déclara et le 16e jour la suppuration détruisait la cornée.

En présence de ce funeste accident l'irédectomie fut pratiquée sur l'autre œil dans une première séance et l'on remarqua que tous les coups de doigts donnés sur la main de l'opérée par le chirurgien suivant sa méthode pendant l'opération pour inviter la malade à porter l'œil en bas furent suivis d'ecchymoses considérables.

Dans une seconde séance, l'extraction fut faite pendant le sommeil chloroformique ; mais il n'y eut pas la moindre complication, et la guérison eut lieu régulièrement. La vue fut cependant médiocre, troublée qu'elle était, ajoute l'auteur, par la présence de nombreux corps flottants du vitreum qui provenaient soit d'hémorrhagies anciennes, soit de la scléro-choroïdite.

Le second cas a été observé sur une femme de 59 ans ayant toujours été myope, jouissant d'une bonne santé et ayant l'apparence sanguine.

La malade fut opérée sous le chloroforme; l'opération fut régulière, l'extraction eut lieu, comme dans la première opération, par l'extraction linéaire modifiée en haut.

Six heures environ après, la malade fut prise de vomissements et de douleurs assez vives dans l'œil opéré ; le pansement imbibé de sang fut enlevé ; il laissa voir des petits caillots entre les lèvres de la plaie.

Le 7e jour, après que le gonflement des paupières et le chemosis de la conjonctive furent calmés, on put s'assurer que la chambre antérieure contenait du sang et qu'entre les lèvres de la plaie se trouvait une masse brunâtre que l'on reconnut pour être composée d'un reticulum vitreux avec du pigment et de petits caillots de sang.

Bref, les accidents se calmèrent, et un mois après on constatait que la cornée n'avait point été détruite ; mais la pupille, absolument tirée en haut, était obstruée et le globe avait déjà subi un commencement d'atrophie qui devait marcher rapidement.

Après la relation de ces deux faits, l'auteur croit devoir tirer cette conclusion qu'il serait prudent toutes les fois que l'on peut croire à une prédisposition du malade aux hémorrhagies, ou de renoncer tout à fait à la narcose ou d'en faire un essai préalable pour se rendre compte, dans une certaine mesure, de la façon dont le malade supporte l'anesthésie. Un moyen beaucoup plus simple d'éviter ces accidents se présente à l'esprit : c'est de ne point chloroformer les malades pour une opération, à la fois si simple dans son exécution pour la majeure partie des cas et si peu douloureuse pour le malade. Aussi voit-on bien peu de chirurgiens français qui voudraient par l'anesthésie exposer leurs opérés aux conséquences des vomissements chloroformiques.

L'état myopique des yeux est invoqué en second lieu par M. da Gama Pinto, et bien que tout œil myopique, dit-il, ne prédispose pas nécessairement aux hémorrhagies, cependant, dans les myopies un peu fortes les hémorrhagies de la macula ne sont pas rares. Sans parler des conditions spéciales dues à une altération du sang ou des tissus, comme le cas de langiectapie relaté par Becker et observé à la clinique d'Arlt.

Pour nous il y aurait à ajouter à ces deux causes une

troisième que l'on rencontre dans presque tous ces cas désastreux : c'est la perte du corps vitré pendant l'opération. Bien que toute perte de vitreum n'entraîne pas la production d'une hémorrhagie intra-oculaire et encore bien moins la perte du globe, il est cependant relaté dans les diverses observations d'hémorrhagies vitréennes que durant l'extraction il y avait eu un prolapsus du corps vitré. Il se produirait pour nous, dans ces circonstances, une hémorrhagie *a vacuo* d'autant plus grave que le corps vitré serait plus sain. Lorsqu'en effet il est liquéfié, la portion perdue peut être aisément remplacée par les liquides de l'œil ; mais quand il est solide, le prolapsus ne peut se produire entre les lèvres de la plaie qu'en vertu d'un décollement vitreux de la partie postérieure du globe, décollement brusque qui peut amener la rupture de la vitre ou tout au moins son décollement et par là l'hémorrhagie qui serait d'origine choroïdienne ou rétinienne.

C'est ce que l'on observe quelquefois dans certaines formes de glaucomes, les glaucomes hémorrhagiques principalement, et c'est ce à quoi l'on s'expose dans tous les glaucomes à tension excessives lorsqu'on fait l'irédectomie extemporanément, c'est-à-dire sans avoir cherché à abaisser préalablement la tension intra-oculaire soit par l'instillation d'ésérine, soit par une sclérotomie, opération que nous avons, dans un autre travail, indiquée comme devant être souvent préparatoire de l'irédectomie dans le glaucome.

Dr G. DE GRANDMONT.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'action des diurétiques, par le Dr LAUDIR BRUNTON. — Certains diurétiques peuvent agir sur la circulation rénale, en augmentant la pression vasculaire dans le gloméràle : 1° Localement, en déterminant la contraction des vaisseaux afférents, ou la dilatation des artères rénales, et augmentant ainsi la quantité du sang qui arrive au glomérule; 2° généra-

lement, en déterminant une tension générale plus forte du système artériel par la contraction des petits vaisseaux dans les autres parties du corps. — D'autres diurétiques peuvent agir directement sur les cellules sécrétoires des tubuli, et peuvent augmenter à la fois et la quantité d'eau et la quantité de matériaux solides qu'elles excrètent.

On a beaucoup plus de chances à produire un effet utile en employant plusieurs diurétiques simultanément qu'en s'adressant seulement à un seul. C'est ainsi qu'en combinant certains d'entre eux avec la digitale on peut obtenir à la fois la dilatation des artères rénales et la contraction des artères périphériques. Les diurétiques sont indiqués quand on veut combattre une hydropisie, hâter l'élimination de produits nuisibles contenus dans le sang, et diluer les urines. Le plus puissant de tous les diurétiques que nous ayons à notre disposition est peut-être l'eau. Aussi l'un des meilleurs modes de traitement de la goutte consiste-t-il à faire absorber aux goutteux de l'eau en quantité, à les laver pour ainsi dire. (*Practitioner*, avril 1884).

L. B.

De l'asthme de foin (*Hay-fever*), par le Dr Mackenzie. — Cette affection tient à une altération des muqueuses nasales, oculaires, et des parties supérieures des voies respiratoires, donnant lieu à du catarrhe et à de l'asthme : elle est presque toujours causée par l'action du pollen des plantes, herbes et fleurs, aussi ne se montre-elle guère qu'à l'époque de la floraison. Pour qu'elle se produise, il faut une certaine prédisposition de la part de l'individu : mais on ignore quelles peuvent bien être les causes même de cette prédisposition individuelle. Il est assez remarquable de voir qu'elle n'affecte guère que les personnes d'une certaine position, que les hommes sont beaucoup plus souvent atteints que les femmes et que l'hérédité a une réelle influence. On a également prétendu que le hay-fever pouvait être causé par la chaleur, la lumière, la poussière, l'acide benzoïque, la coumarine, l'ozone en excès, le surmenage, ou par plusieurs de ces diverses influences combinées entre elles. Le Dr Mackenzie affirme que le pollen en est la cause fondamentale, mais il ne nie pas que d'autres particules irritantes ne puissent produire des symptômes identiques, si

elles sont mises en contact prolongé avec la muqueuse des voies respiratoires. Le traitement actuellement connu n'est guère efficace : ce qu'il y a de mieux, c'est, avant tout, de soustraire le malade aux influences nocives extérieures. Un voyage sur mer est pour cela le moyen le plus sûr que nous possédions. Le valérianate de zinc combiné à l'assa fœtida a donné à l'auteur d'excellents résultats. (*Brit. med. Journal*, mai 1884.)

L. B.

Les micrococci de la dysenterie, par Gaudelin. — Dans une séance récente de la Société médicale du Caucase, le Dr E. P. Gaudelin, de Tiflis, a présenté des micrococci et des bacilles qu'il a trouvés dans le gros intestin et dans le foie de deux malades morts de dysenterie. Dans le tube digestif les micrococci qui s'y trouvaient en énormes quantités, formaient des amas sur la surface de la muqueuse et criblaient toutes les tuniques de l'intestin. Ils étaient surtout nombreux dans les parois et dans la lumière des veines de la couche sous-muqueuse, et dans la couche musculeuse de la muqueuse. Dans le foie, ils remplissaient les capillaires et les branches de la veine porte. L'auteur n'avait trouvé de bacilles que dans le gros intestin, dans ses couches muqueuses et sous-muqueuses, et surtout dans les tissus escharifiés. Le Dr Prior (*Centralbl. für Klin. Med.*, n° 17, 1883) a déjà également trouvé des micrococci et des bacilles (semblables au bacillus subtilis) dans les déjections et dans les lymphatiques des parois intestinales des dysentériques. Ni Prior, ni Gaudelin n'ont fait de cultures ou d'inoculations. (Comptes rendus de la Société médicale du Caucase, n° 17, 1884.)

L. B.

Des rapports du diabète aigu avec une affection du pancréas, par Duffey. — L'auteur publie un cas de diabète survenu chez un fermier âgé de 24 ans, et qui se termina fatalement au bout de deux mois. Le malade présenta co[...]me symptômes une violente douleur abdominale qui débuta b[...]quement, des vomissements, de la diarrhée, puis du coma [...]e. A l'autopsie, on ne trouva rien de bien remarquable, si [...]'est une augmentation de volume du pancréas, qui paraiss[...]tre fort dur et résistant au doigt ; l'examen microscopi-

que montra qu'il avait subi la dégénérescence. (*Brit. med. Journal*, Mars 1884, p. 608.)

L. B.

De l'administration de l'acide salicylique. — D'après un article paru en mars dans le *Medical Times and Gazette*, on doit administrer l'acide salicylique à très fortes doses jusqu'à effet produit, après quoi on ne le donne qu'à faibles doses, très fréquemment répétées, car ce médicament s'élimine avec la plus grande rapidité. Deux à trois doses de 15 à 20 grains à deux ou trois heures d'intervalle suffisent d'ordinaire à produire l'effet utile. Puis on en administre dix grains toutes les deux heures, en espaçant peu à peu les doses, de façon à ne les donner que toutes les trois ou quatre heures. L'acide salicylique et le salicylate de soude n'entravent en rien les fonctions digestives; ces substances permettent, de plus, de faire des solutions qui sont fort utiles comme excipients des alcaloïdes pour injections hypodermiques. En effet, aucun organisme ne peut s'y développer pendant fort longtemps, et elles ne sont pas plus irritantes pour les tissus que l'eau pure. L. B.

MALADIES VÉNÉRIENNES ET MALADIES DE LA PEAU.

Recherches sur les microbes pathogènes de la blennorrhagie, par Edouard Welander. — C'est en 1879 que Neisser découvrit dans le pus de la blennorrhagie des microbes auxquels il donna le nom de gonococcus et qu'il considéra comme l'agent actif, comme le principe même de la maladie. Ces organismes se colorent très bien dans une solution à 1 ou 2 % de fuchsine ; puis on les monte, après avoir lavé et séché la lamelle, dans du baume de Canada. La fuchsine les colore en brun noir, ils se rencontrent presque toujours en groupes, jamais en chapelets, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur des globules de pus. D'après l'auteur on rencontrerait ces gonococci dans tous les cas de blennorrhagie aiguë, et dans beaucoup de cas de blennorrhagie chronique, et on ne les trouverait jamais dans d'autres sécrétions ou collections purulentes. Les sécrétions vaginales, quelque fétides et purulentes qu'elles soient, pourvu qu'elles ne contiennent pas ce gonococcus, peuvent êtr

introduites dans l'urèthre sans donner lieu à la moindre inflammation ; mais la plus petite quantité de liquide soit vaginal, soit uréthral contenant le gonococcus de Neisser suffit pour donner une blennorrhagie dans la sécrétion de laquelle on retrouve des quantités de gonococci. Ce sont là des arguments d'une réelle valeur, et cependant ils ne suffisent pas pour établir la valeur du gonococcus comme agent d'infection ; il faudrait pour cela arriver à l'isoler par la culture, puis l'inoculer. Beaucoup de tentatives ont été faites dans ce sens : malheureusement la culture du gonococcus est des plus difficiles. Bokai y serait arrivé, mais la description de son procédé est si incomplète que l'on ne peut considérer ses résultats comme probants. Fehleisen aurait également réussi, mais la valeur de sa méthode est contestée par beaucoup d'observateurs, par Lœffler en particulier.

On a également trouvé le gonococcus chez l'homme dans des abcès périuréthraux ; il n'existe que très rarement dans le vagin de la femme, on ne l'a pas encore constaté dans le mucus utérin, ni dans la sécrétion claire des glandes de Bartholin ; par contre, dès que ces glandes s'enflamment chez les femmes atteintes de blennorrhagie on y trouve le gonococcus. Ce fait montre que les femmes affectées de bartholinite sont beaucoup plus contagieuses que celles qui n'ont qu'une uréthrite simple. Comme traitement abortif de la blennorrhagie, l'auteur préconise le raclage complet de la partie antérieure de l'urèthre avec un petit bouchon de coton fixé à une pincette, puis une cautérisation de cette région avec une solution de nitrate d'argent. (*Gazette med. de Paris*. 7 *Juin* 1884.)

L. B.

La syphilis du singe.— Le 21 avril 1884 a eu lieu, à la Société de médecine de Lyon, une discussion des plus intéressantes à propos des expériences récentes de M. Cognard ; cet expérimentateur croit en effet, lui aussi, comme MM. Martineau et Hamonic, avoir réussi à inoculer la syphilis à un singe. Il a beaucoup tâtonné avant de trouver l'agent actif de l'inoculation ; il a d'abord employé du sang, puis un fragment de plaque muqueuse, puis du jus ; c'est avec ce dernier liquide qu'il a obtenu un résultat positif, ou du moins qu'il regarde comme

tel. Au point inoculé il s'est développé une sorte d'induration, puis sont survenues des lésions cutanées assez semblables à de l'ecthyma et dans la cavité buccale des sortes de plaques ressemblant jusqu'à un certain point à des plaques muqueuses. Sont-ce bien réellement là des accidents syphilitiques ? M. Diday serait porté à croire; cependant, il voudrait savoir si l'on ne peut obtenir des lésions identiques en inoculant au singe la tuberculose. M. Rollet rappelle que Basset réussit à inoculer le chancre simple aux animaux, mais qu'il échoua pour le chancre syphilitique. Depuis lors Auzias-Turenne, en 1865, inocula une plaque muqueuse à un chat ; la plaie s'indura au bout de 26 jours : deux mois après il survint des plaques muqueuses au niveau des griffes, une éruption d'acné, puis des gommes et des périostoses. En 1867, Ch. Legros inocula un chancre induré à un cobaye et obtint un véritable chancre induré d'inoculation : deux mois plus tard survinrent des éruptions poly morphes, et, à l'autopsie, Lancereaux trouva des gommes de la peau et de l'épididyme. A Turin, Carrenzi a fait une inoculation positive à une génisse. Tous les sujets inoculés ont présenté de l'alopécie, ce qui semble bien prouver la réalité de l'infection syphilitique. — MM. Dron et Horand sont au contraire beaucoup plus réservés : ils critiquent d'abord la façon de procéder de M. Cognard ; ils croient qu'au lieu de se servir de liquides de culture pour faire ses inoculations, il ferait bien mieux d'inoculer directement le produit d'un chancre induré ou d'une plaque muqueuse. Ils font ensuite observer qu'il serait fort possible que l'expérimentateur ait inoculé un singe de la septicémie : l'animal a été en effet fort malade après l'inoculation ; les éruptions qu'il a eu ressemblent fort à de l'ecthymie cachectique, et, quant aux plaques bucco-pharyngiennes, l'examen microscopique a prouvé que c'étaient des plaques de muguet. En somme, ils demandent, pour croire à la réalité de la syphilis du singe, à voir chez cet animal de véritables plaques muqueuses.

Il semble résulter de cette fort intéressante discussion que l'on n'a encore à enregistrer qu'un cas douteux de plus de transmission de la syphilis aux animaux. (*Lyon médical*, 8 juin 1884.)

L. B.

Cas de purpura survenu pendant le cours d'une fièvre typhoïde, par le Dr Th. Barlow. — La malade était une femme de 26 ans, marchande, qui fut admise à l'hôpital au onzième jour de son affection. Quatre jours environ après son admission, elle rendit quelques caillots dans les garde-robes, et elle rejeta quelques crachats striés de sang. On vit se former trois petites ecchymoses dans la bouche, mais comme le ventre était souple, non ballonné, on pensa que l'hémorrhagie intestinale n'était due qu'à un peu d'exsudation de sang à la surface d'une plaque de Peyer, plutôt qu'à une ulcération d'un vaisseau abondant. Mais les jours suivants tous ces symptômes s'aggravèrent, l'urine devint noirâtre, plusieurs plaques purpuriques apparurent sur les bras, puis sur les cuisses, sur les jambes, etc.... On administra alors des préparations d'ergot de seigle, qui amenèrent d'abord de l'amélioration ; mais vers le 28me jour de l'affection survinrent des hémorrhagies intestinales fréquentes, qui déterminèrent très vite un degré marqué de prostration : la malade tomba bientôt dans le coma et elle succomba le 42me jour. A l'autopsie, on trouva les lésions d'une première attaque de fièvre typhoïde qui avaient surtout intéressé l'intestin grêle et celles d'une rechute qui avaient surtout affecté le gros intestin. Il ne faudrait pas croire cependant que le purpura annonce toujours une issue fatale dans la fièvre typhoïde ; on en a vu en effet souvent guérir. (*Lancet*, avril 1884.)

L. B.

Expériences de vaccinations faites avec du vaccin pris sur des enfants syphilitiques. — Le Dr Cory s'est pris lui-même comme sujet d'expérience et il a recherché s'il était vrai que la lymphe vaccinale prise chez un syphilitique ne donne pas la syphilis, pourvu qu'elle ne contienne point du tout de sang du vaccinifère. La première expérience a été faite en 1877 ou 1878 ; le vaccinifère était un enfant âgé de 8 mois qui, d'après le Dr Cory, était sans aucun doute syphilitique, mais qui ne présentait à ce moment-là aucune manifestation extérieure quelconque en activité de syphilis. Le Dr Cory prit chez cet enfant avec le plus grand soin de la lymphe d'une pustule vaccinale au huitième jour en ayant bien soin qu'il n'y eut

pas la moindre quantité de sang mélangée à la lymphe ; il vit se développer une pustule vaccinale, mais point de syphilis. La seconde expérience eut lieu le 5 novembre 1879 ; le vaccinifère était un enfant mâle âgé de 85 jours et qui avait des symp tômes de syphilis en activité : on prit les mêmes précautions et le résultat de l'inoculation qu'il fit sur lui-même fut complètement négatif, tant au point de vue de la syphilis qu'au point de vue de la vaccine. La troisième expérience eut lieu le 11 mai 1881 ; le vaccinifère, âgé de 4 mois 1/2, avait eu à 3 mois de la roséole et des plaques muqueuses ; le résultat de l'inoculation fut également tout à fait négatif. La quatrième expérience eut lieu le 6 juillet 1881 ; le vaccinifère était une petite fille âgée de 84 jours, qui était manifestement syphilitique et qui avait encore à l'époque où eut lieu l'expérience une ulcération à la narine gauche. Elle portait 5 vésicules de vaccine sur le bras, en apparence normales, non enflammées et sans éruption syphilitique périphérique. Le Dr Cory prit la lymphe vaccinale sur une lancette ordinaire, la première vésicule qu'il ouvrit saigna ; il nettoya alors complètement son instrument et ponctionna une autre vésicule ; celle-ci ne saigna pas, la lymphe forma une goutte dans laquelle l'expérimentateur chargea sa lancette, puis il se fit vacciner avec cette lancette par M. Haslam en trois endroits à la partie supérieure de l'avant-bras gauche. La vaccination ne réussit pas. Mais, 21 jours après l'inoculation, le Dr Cory remarqua que deux des endroits inoculés étaient rouges, et que chacun d'eux avait formé une petite papule. Ces lésions s'accrurent peu à peu ; et, environ une quinzaine de jours plus tard, les Drs Humphry et Hutchinson firent le diagnostic de lésions de nature syphilitique. On essaya inutilement de pratiquer l'ablation des chancres ; la syphilis suivit son cours ordinaire. Il semble donc résulter de ces expériences que la syphilis peut être communiquée par l'inoculation d'une lymphe vaccinale pure provenant d'un sujet syphilitique, quels que soient les soins que l'on prenne pour éviter qu'il y ait du sang dans la lymphe. (*Supplement to the twelfth Annual Report of the local Government Board*, 1882-83).

L. B

De la langue noire, par le Dr G. Stoker. — L'auteur fait remarquer que les langues noires doivent être beaucoup moins fréquentes en Angleterre qu'en France, car cette affection n'a pas encore été décrite par les pathologistes anglais. Il a pu en observer un cas chez un peintre qui n'avait pas exercé sa profession depuis 5 ans. Il y a environ trois ans l'affection débuta par une petite ellipse de pigmentation noire qui apparut au centre même de la langue, et qui s'étendit graduellement jusqu'à ce que l'organe fût envahi dans sa totalité. En examinant au microscope le produit obtenu en raclant la langue, on voyait des amas d'épithélium évidemment détachés des papilles, d'une couleur d'un brun sombre, mais sans granulations pigmentaires bien visibles. De temps en temps, la coloration noire disparaissait presque complètement pour reparaître bientôt. (*Brit. med Journal*, mars, 1884, p. 601.)

L. B.

Gommes de la langue survenues quarante-trois ans après l'infection, par le Dr C. Pellizzari. — Il s'agit dans ce cas d'un homme âgé de 65 ans, qui avait eu en 1840 un chancre au pénis, chancre qui fut suivi de douleurs dans la tête et dans les os, d'une éruption, et de plaques muqueuses buccales. On le traita pendant environ un mois avec de l'iodure et du mercure. Il se maria en 1855 et eut quatre enfants bien portants. Il avait toujours joui d'une excellente santé jusqu'en novembre 1883 : à cette époque il s'aperçut d'un nodule induré qui s'était développé dans la partie antérieure gauche de la langue. Puis il en vit survenir d'autres, qui devinrent bientôt confluents, et formèrent une sorte de tumeur allongée. Vers la même époque deux autres nodules apparurent sur le dos même de la langue. D'abord indurées, ces néoformations se ramollirent ensuite, puis s'ulcérèrent. Lorsque l'auteur examina le malade, le bout de la langue était induré, et portait deux ulcérations. Sur le côté gauche il y avait une troisième ulcération : pas d'engorgement ganglionnaire. On administra du mercure et de l'iodure de sodium, et sous l'influence de ce traitement les ulcérations guérirent et l'infiltration de la langue diminua beaucoup. (*Giornale ital. delle malattie Ven. e della Pelle*, fasc. 1, 1884.)

L. B

raitement du nœvus par des applications d'u solution arsenicale, par le Dr JOHN BLAIR. — L'auteur a rait tout récemment obtenu la guérison complète d'un énor nœvus du cuir chevelu par des applications locales d'une so tion arsenicale sans causer la moindre douleur au malade. continua le traitement pendant sept semaines, mais on fut ol gé de cesser à deux reprises à cause de troubles gastriques g ves que l'on doit attribuer à l'absorption de l'acide arsénieu (*Brit. med. Journal*, avril 1884).

L. B.

De l'emploi de l'emplâtre salicylé, par WILL. — Le Ogilvie Will rapporte un cas d'épaississement de l'épider du pied guéri par l'emploi de l'emplâtre salicylé de Beiersd Il s'agissait d'un homme qui présentait une affection spéciale la partie dorsale du pied gauche. Toute la moitié antérieure cette région du pied était brunâtre, rugueuse, paraissait ruqueuse comme une peau d'hippopotame : le malade di que cette affection durait depuis deux mois et avait de la dance à s'aggraver. On recouvrit la partie malade de ba d'emplâtre salicylé venu de Hambourg et on la laissa san toucher pendant trois semaines : en défaisant le pansemen constata une complète guérison. (*Brit. med. Journal*, n 1884 p. 602).

L. B.

FORMULAIRE

L'huile de croton, son nouvel emploi

Par Stanislas MARTIN.

Plus d'une fois nous avons écrit que le médecin n'est pas seulement appelé à soigner le corps, mais très souvent, aussi, il l'est pour soigner l'imagination, comme on le dit l'esprit ; car mieux que personne, il connaît le milieu d'une famille qui l'honore d confiance ; il est alors à mêm donner certains conseils sur faits de la vie intime. En voic exemple :

M. Z. est riche, il n'a qu'u âgé de vingt-quatre ans ; ce j homme a peu fréquenté le m il n'en connaît ni le bon, mauvais côté ; il est d'un c

tère emporté, d'un tempérament exalté ; ses besoins physiques sont violents; il s'est épris d'une grande passion pour une jeune fille qui ferait tache dans sa famille; elle est sa maîtresse.

Cette jeune personne a compris qu'elle peut prendre sur l'esprit de ce jeune homme assez d'empire pour se faire épouser ; son jeu et sa conduite en présence de son amant ne tendent qu'à cela. Ce jeune homme homme dit un jour à son père qu'il aime une jeune fille, qu'elle a pour lui les mêmes sentiments, qu'il ne sera heureux que si on consent à cette union, que si on la lui refuse comme épouse, il se tuera.

Z... nous fit part de son inquiétude, de son tourment ; il prit des renseignements sur la jeune fille et sur sa famille il sut que cette fille jouait la comédie, dans sa pose de femme honnête ; que c'était une rouée de la pire espèce, semblable à ces vingt mille autres qu'on rencontre à chaque pas dans Paris.

Quel moyen employer pour faire rompre cette liaison, puisque les observations, les conseils, les prières ne faisaient rien? Nous eûmes recours à un stratagème, qui nous réussit à merveille. Nous donnâmes le conseil à Z... d'enduire l'intérieur de la chemise de nuit, là où viennent frotter les parties génitales, de vingt gouttes d'huile de croton, ce qui fut fait. A quelques jours de là, le jeune homme fut pris d'intolérables démangeaisons, de gros boutons se produisirent, il y eut de la fièvre.

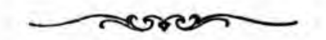
Le docteur fut prévenu ; il vint voir le malade. Après un long examen, et d'un air tout contrit, il dit : « Vous avez donc vu une femme, vos rapports avec elle ont une conséquence fâcheuse ; elle est atteinte d'une maladie grave, qu'elle vous a communiquée ; j'espère que cela n'aura pas de suite en suivant le traitement que je vous prescris ; surtout, à l'avenir, abstenez-vous. »

Avec le temps, des bains et quelques préparations insignifiantes, les boutons disparurent avec l'amour et l'envie de se marier.

Z... sera chargé de choisir une moitié à son fils ; pour l'instant, il est heureux, la paix est rentrée dans sa famille.

Nous souhaitons, chers collègues, qu'à l'occasion vous vous rappeliez notre *modus faciendi* ; il n'est pas plus difficile que cela de calmer une violente passion, qui aurait pu avoir des conséquences fâcheuses.

S. M.



VARIÉTÉS

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour trois places de médecins au bureau central.* — Ce concours sera ouvert le mercredi 15 octobre 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 15 septembre 1884, et sera clos définitivement le mercredi 1er octobre 1884, à trois heures.

Corps de santé de la marine. — En exécution des décrets et règlements concernant le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon, à partir du 1er septembre 1884, dans le but de pourvoir à vingt emplois d'aide-médecin et à un emploi d'aide-pharmacien.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-médecin :

1° S'il n'est Français ou naturalisé Français ;

2° S'il n'est âgé de dix-huit ans au moins ou de vingt-trois ans au plus, accomplis au 31 décembre de l'année du concours ;

3° S'il n'est reconnu propre au service de la marine, après constatation faite par le conseil de santé ;

4° S'il ne justifie de deux années d'études dans une école de médecine navale, dans une faculté ou dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ; dans ces deux derniers cas, le candidat devra établir son temps d'études en produisant ses inscriptions ;

5° S'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les facultés, des candidats qui se présentent aux examens de doctorat ;

6° S'il ne prouve qu'il a satisfait à la loi du recrutement dans le cas où il aurait été appelé au service militaire en vertu de cette loi.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-pharmacien s'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les écoles supérieures de pharmacie, des candidats qui se présentent aux examens de pharmacien de 1re classe, et s'il ne réunit pas, d'ailleurs, toutes les conditions requises des étudiants qui concourent pour le grade d'aide-médecin.

Il est établi au secrétariat du conseil de santé des ports de Brest, de Rochefort et de Toulon, un registre pour l'inscription des candidats.

Ce registre est clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

Au moment de l'inscription, le candidat dépose les pièces constatant qu'il remplit les conditions pour l'admission au concours.

Il présente, en outre, les titres qui peuvent militer en sa faveur. Ces pièces sont rendues après les opérations du concours.

La circulaire ministérielle du 12 mai 1881 a fixé comme suit les matières du concours pour le grade d'aide-médecin et le grade d'aide-pharmacien :

Pour le grade d'aide-médecin. — 1er examen (verbal). — 1re partie. — Anatomie descriptive : ostéologie, syndesmologie, myologie, angéiologie (artères, veines), névrologie des membres, position absolue et relative des viscères.

2e partie. — Préparation d'une pièce anatomique.

2e examen (verbal). — Eléments de pathologie interne et de séméiotique.

3e examen (verbal). — Chirurgie élémentaire (théorique et pratique).

4e examen (écrit). — Pharmacologie, pharmacie élémentaire, posologie.

Pour le grade d'aide-pharmacien. — 1er examen (verbal). — 1re partie. — Éléments d'histoire naturelle médicale.

2e partie. — Détermination de plusieurs médicaments d'origine organique.

2e examen (verbal). — 1re partie. — Éléments de physique. — Description d'un ou plusieurs médicaments.

2e partie. — Une préparation pharmaceutique au laboratoire.

3e examen (verbal). — 1re partie. — Éléments de chimie.

2e partie. — Manipulation chimique au laboratoire.

4e examen (écrit). — Pharmacie.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 25 août 1884, le concours qui devait s'ouvrir, le 15 novembre 1884, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique interne à l'école de plein exercice de médecine et pharmacie de Marseille, est reporté au 15 février 1885.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 25 août 1884, le concours qui devait s'ouvrir le 10 décembre 1884, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à l'école de plein exercice de médecine et pharmacie de Marseille, est reporté au 10 mars 1885.

NOMINATIONS. — Par decret en date du 16 août, M. le médecin-professeur Nielly a été promu au grade de médecin en chef de la marine.

— Par décret en date du 4 août, M. Delage, docteur ès-sciences, est nommé professeur de géologie et physiologie animale à la Faculté des sciences de Caen.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — Le lundi 10 novembre 1884, à 3 heures, un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteur de l'une des facultés de France, être âgés de 27 ans au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

NÉCROLOGIE.— Le choléra vient de faire une nouvelle victime dans le corps médical : M. le docteur Eugène Fanton a succombé à Arles, le 19 août ; ses obsèquesont eu lieu le lendemain au milieu d'une nombreuse assistance.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 *juillet* 1884. — Présidence de M. GRENET, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. DUCHESNE rapporte que des lettres de faire-part de la mort de M. le Dr Frenoy n'ont pas été envoyées à tous les membres de la Société en raison de certaines difficultés qui se sont élevées au sujet du vœu de notre collègue qui avait demandé à être incinéré.

M. Gillet de Grandmont, secrétaire général, procède au dépouillement de la correspondance qui comprend, avec les publications périodiques ordinaires :

Une lettre de M. le président de l'Association pour l'avancement des sciences invitant la Société à désigner un délégué pour la session de 1884 qui aura lieu à Blois.

M. Larrivé est délégué par la Société pour la représenter.

M. le secrétaire général annonce que plus de 15 sociétés ont déjà souscrit pour les études relatives au Palais des Sociétés Savantes.

M. Grenet rend compte de sa visite à M. Carré qui a été très sensible à la démarche de la Société.

M. Bonnefin offre plusieurs brochures de M. Gubler :

— Des épistaxis utérines simulant les règles, 1862.

— Note sur un cas de tumeur dorsale de la main dans le cours d'une hémiplégie de cause générale chez un sujet saturnin.

— De la tumeur dorsale des mains dans la paralysie saturnine des extenseurs des doigts.

— Traitement de l'albuminurie.

— De l'homœopathie.

— Articles : Altérants du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.

— Antidote — id.

— Atropine — id.

— Leçon d'ouverture du cours de thérapeutique.

— De l'emploi thérapeutique du bromhydrate de quinine.

— Note sur le jaborandi.

— De l'action physiologique du Kara.

— Du péritonisme et de son traitement rationnel.

— De la cinésialgie.

— Deux cas de fièvre intermittente d'origine miasmatique traités avec succès par le bromhydrate de quinine.

- Des indications comparées de la morphine et de l digitale.

- Sur la dégénérescence crétacée des artères.

- Préface d'une réforme des espèces fondée sur le prin-

cipe de la variabilité restreinte des types organiques en rapport avec la facilité d'adaptation aux milieux.

— **Traitement du choléra.**

— **Note** sur un hybride des primula officinales et elatior.

— **L'hélichrysum arenarium** au bois de Boulogne.

M. CAMPARDON fait hommage à la Société de son *Guide aux eaux minérales et aux bains de mer*, précédé d'une préface de M. Dujardin-Beaumetz.

M. GILLET DE GRANDMONT insiste sur les avantages essentiellement pratiques de ce traité.

Des remercîments sont adressés à l'auteur.

M. CHAMPIGNY présente des perles d'éthérolé d'iodoforme préparées selon le procédé du Dr Clertan. Ces perles, qui n'ont aucune odeur, contiennent 0,04 centigr. d'iodoforme dissous dans 0,20 centigr. d'éther pur et rectifié. Elles permettent au médecin d'administrer facilement ce médicament et de vaincre la répugnance qu'éprouvent les malades à prendre cette substance à cause de son odeur désagréable et persistante.

M. CHAMPIGNY présente également des perles préparées suivant le même procédé et contenant le liquide connu sous le nom de gouttes de Durande. Ces perles renferment un mélange d'éther et d'essence de térébenthine rectifiés, dans la proportion de 3 du premier liquide pour 2 du second.

M. VIGIER demande si les capsules d'iodoforme ont été expérimentées ; il serait bon de connaître les résultats, car l'iodoforme, même en pilules où la substance est très divisée, a une action caustique sur la muqueuse de l'estomac.

M. CHAMPIGNY répond qu'elles n'ont pas encore été esssayées, mais que, en solution, l'iodoforme est infiniment plus divisé qu'il ne pourrait être par aucun autre procédé et que son effet local devra par conséquent être fort atténué.

M. VIGIER fait une communication sur un nouveau produit antiseptique, le sulfo-carbol. (Sera publié.)

M. LARRIVÉ donne lecture de considérations critiques sur le traitement de la diphthérie préconisé par M. Delthil. (Sera publié.)

M. GILLET DE GRANDMONT lit, au nom de M. POSADA-ARANJO, professeur à la faculté de médecine de Medelin (Colombie), un

travail sur un cas de myase. La Société décide que quelques extraits de cette observation seront insérés dans le Bulletin.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire annuel,
Dr Larrivé.

Séance du 17 juillet 1884. — Présidence de M. Grenet, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Gillet de Grandmont, secrétaire général, procède au dépouillement de la correspondance, qui comprend, avec les publications périodiques ordinaires, une lettre de M. le Dr Lutaud expliquant la cause des retards apportés à l'impression des comptes rendus et promettant pour l'avenir une plus grande exactitude.

L'ordre du jour appelle le rapport de M. Duchesne sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Odin. M. Duchesne n'ayant encore reçu aucun des travaux du candidat demande qu'il n'en soit plus fait mention.

M. Duchesne reprend la proposition faite dans la dernière séance par M. Bonnefin, et demande que la Société, en raison des circonstances actuelles, s'occupe particulièrement du choléra et de son traitement.

M. le président fait observer qu'une communication de M. Larrivé est inscrite déjà à l'ordre du jour, et que M. Delthil a demandé également la parole sur ce sujet. La proposition de M. Duchesne est adoptée à l'unanimité.

M. Larrivé lit un travail intitulé : **Traitement du choléra par l'eau oxygénée considérée comme agent reconstituant (eau oxygène) et comme parasiticide.** (Sera publié.)

M. Delthil donne communication d'un travail ayant pour titre : **Une réponse au docteur Koch sur le traitement prophylactique et curatif du choléra.** (Sera publié.)

Au sujet de cette dernière communication, M. Campardon dit que la térébenthine a été employée depuis 1830, en lotions, contre le choléra et a rendu de grands services grâce à la réaction très puissante qu'elle produit. M. Campardon, dans les

cas de choléra qu'il a observés, a eu surtout à se louer des injections sous-cutanées d'une solution d'hydrate de chloral dont il donne la formule :

Eau distillée.....................	1 gram. 20 cent.
Hydrate de chloral...........	0 gram. 30 cent.

Une ou deux injections ont suffi d'ordinaire ; dans un cas même qui était considéré comme désespéré, le succès fut des plus nets et des plus encourageants. Ces injections hypodermiques de chloral n'ont qu'un inconvénient, c'est qu'à la suite elles produisent toujours une plaque gangreneuse.

M. Duchaussoy a été frappé de retrouver dans la communication de M. Delthil les idées exposées en 1832 et 1848 par Delpech et Magendie. Il faut rendre la chaleur au corps du malade et l'on obtiendra la guérison. D'ailleurs, tous les moyens ont été employés, ont fait merveille, et pourtant, la mortalité n'a pas diminué. Les fumigations sont peut-être le meilleur procédé en ce sens qu'elles peuvent atteindre partout le bacille ou, comme on disait en 1848, les infusoires dont Pouchet (de Rouen) croyait avoir trouvé deux spécimens particuliers dans les selles des cholériques. En tout cas, les fumigations ont sur les populations un excellent effet moral dont on devrait tenir plus de compte.

Mais, lorsque le choléra est développé, lorsqu'il a atteint un individu, devra-t-on employer les parasiticides ? ont-ils des chances de réussir ? Cela n'est pas certain. Il y a une période du choléra, la période algide, où les médicaments ne sont plus absorbés, où même les injections sous-cutanées ne donnent plus de résultats. A ce moment, les fumigations seraient sans doute inutiles. Donc, au point de vue prophylactique, les fumigations et particulièrement celles préconisées par M. Delthil, sont bonnes, mais au point de vue curatif, on ne peut se prononcer d'une façon aussi affirmative.

M. Pruvost, au sujet d'un passage du travail de M. Delthil, recommandant de ne pas se servir du sous-nitrate de bismuth, pense que ce médicament peut, au contraire, être employé avec avantage. Il croit que le sous-nitrate de bismuth, donné à dose fractionnée, toutes les deux heures, dépose sur la muqueuse intestinale une couche protectrice empêchant le développement des microbes.

M. Larrivé cite une observation d'empoisonnement par l'acide phénique qu'il a recueillie récemment.

Appelé auprès d'un enfant de deux ans et demi, il a pu constater tous les caractères propres à cette intoxication qui s'était produite de la façon suivante : L'enfant avait été ramené la veille de Bourgogne ; les parents, effrayés par les discours des personnes qui se trouvaient dans le même train, revenant du Midi, avaient répandu dans la chambre de leur enfant de l'acide phénique. Le lendemain matin, ils l'avaient trouvé dans son lit la figure pâle, les lèvres décolorées, les yeux convulsés, immobile; le croyant atteint du choléra, ils avaient fait appeler le médecin. Le traitement consista presque uniquement dans l'aération large de l'appartement et dans l'emploi de quelques stimulants. Le lendemain matin, la guérison était complète.

M. Vigier pense qu'avec le sulfo-carbol, de pareils accidents ne se seraient pas produits.

M. Duchaussoy, considérant que l'on connaît encore très peu la valeur relative des désinfectants et des agents parasiticides, propose que la Société de Médecine pratique nomme une commission à l'effet de se livrer à des recherches sur ce sujet.

M. Jolly fait observer que ce travail a déjà été fait de la façon la plus complète, et que M. Miquel a publié dans l'*Annuaire météorologique de Montsouris* une étude sur les antiseptiques étudiés d'après la dose à employer pour empêcher la fermentation de se produire, dans un litre de bouillon, par exemple. Le biiodure de mercure, l'iodure d'argent, l'eau oxygénée, le bichlorure de mercure, l'azotate d'argent sont les agents les plus actifs. Dans la classe des agents fortement antiseptiques, mais à un moindre degré que les substances précédentes, on peut placer les acides benzoïque et salicylique. L'acide phénique a une action très inférieure. M. Jolly pense que la question a été suffisamment étudiée et qu'elle est assez connue pour qu'il ne soit pas nécessaire de nommer une commission.

M. Larrivé rappelle que les recherches sur le pouvoir antifermentescible de l'eau oxygénée remontent à la fin de l'année 1882, et appuie les conclusions de M. Jolly.

La séance est levée à 6 heures

Le Secrétaire annuel,
Dr Larrivé.

Séance du 7 août 1884. — Présidence de M. DELTHIL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend les publications périodiques ordinaires.

Répondant à une rectification faite par M. CAMPARDON au procès-verbal d'une des précédentes séances, M. le docteur ROUSSEL dit qu'il ne conteste pas l'antériorité du perforateur du Dr Laugier, qui a précédé de plusieurs années celui qu'il a lui-même inventé.

M. DELTHIL lit un travail intitulé : **Exposé pratique du traitement prophylactique et curatif de la diphthérie par les hydro-carbures.** (Sera publié.)

M. REY donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : **De la salubrité dans la ville de Marseille.** (Sera publié.)

La séance est levée à 5 h. 3/4.

Le Secrétaire annuel,
Dr LARRIVÉ.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE

ÉTUDE SUR LES EAUX DE LUCHON DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS *(suite)*,

Par M. DE LAVARENNE.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

Nous sommes convaincu que si les médecins qui emploient les eaux comme pierre de touche se livraient à une enquête sur les malades qu'ils ont soumis à cette pratique, ils verraient à quels déboires elle a donné lieu. En ce qui concerne Luchon, nous ne sommes pas le seul à avoir observé de semblables faits; notre confrère Garrigou nous a dit en avoir rencontré plusieurs: l'un d'eux a été publié par lui dans la *Revue d'hydrologie médicale.* C'était le cas d'un malade, si notre mémoire nous est fidèle, qui, après un traitement d'épreuve, eut, entre autres accidents, une ostéo-périostite des os du nez, avec carie, nécrose, déformation de l'organe, etc., etc.

Et notre manière de voir n'est pas spéciale à Luchon. Vidal, d'Aix, cité par Fournier, Doyon, d'Uriage, encore dans une publication récente, ne considèrent plus les Eaux sulfureuses comme ayant une action révélatrice certaine, et nous pourrions citer de nombreux confrères qui abondent dans notre sens, le professeur Fournier en première ligne.

Nous avons, du reste, soigné cette année même à Luchon (1883) deux malades qui avaient suivi le traitement d'épreuve à Aix.

L'un était un syphilitique de 1880, lymphatique, qui était allé en 1882 faire une saison à Aix. Le médecin qui le soignait lui ordonnait des sudations, des douches, un demi-verre d'eau de Challs matin et soir : sans traitement spécifique. Pendant son séjour d'un mois à Aix, il n'eut aucun accident. Il partit d'Aix, le 25 août, et *le 24 septembre* survenaient des accidents cérébraux, qui après quelques phénomènes prémonitoires mis sur le compte du rhumatisme, par un praticien sceptique en syphilis, aboutirent à une hémiplégie droite avec aphasie, dont la nature fut facilement reconnue par le docteur Landouzy et qui cédèrent à un traitement mixte énergique (frictions mercurielles et iodure de potassium à haute dose).

L'autre malade était, lui aussi, un lymphatique ; sa syphilis datait de 26 ans, et il s'était toujours bien soigné. Il va à Aix en 1879, c'est-à-dire 22 ans après son chancre. Il arrive bien portant, suit un traitement pendant un mois, par précaution, dit-il : douches, étuves, eau de Challs en boisson. Reste à Aix se reposer pendant 7 à 8 jours après la fin de son traitement. A son départ, en prenant son billet de chemin de fer, il oublie momentanément le nom de la localité où il se rend, mais ce n'est qu'une absence qui dura quelques secondes. Trois jours après, amnésie verbale complète, qui dura deux heures, à la suite de laquelle survient une céphalée d'intensité variable qui dura pendant tout le voyage (deux mois), et à laquelle le malade, se croyant débarrassé de sa siphilis, n'attacha aucune importance. Pendant ce temps, les personnes qui entouraient le malade s'aperçurent que son caractère, son hu-

meur changeaient, qu'il avait de la dépression intellectuelle ; enfin il donna des signes non équivoques d'aliénation mentale, coïncidant avec de l'embarras de la parole, une hémiplégie droite peu accentuée.

Ces accidents ont disparu, sous l'influence du traitement spécifique, mais le malade n'en a pas moins conservé un embarras notable de la parole et une dépression intellectuelle évidente.

Nous l'avons soumis en 1883, pendant un mois, à un traitement sulfureux et spécifique énergique. Les personnes qui l'entouraient ont constaté une amélioration dans l'état intellectuel, l'esprit était devenu plus vif, la parole plus facile. Nous ne savons si cet état a persisté.

Dans ces différentes circonstances, nous n'hésitons pas à incriminer le traitement d'épreuve. Les malades dont nous venons de parler, en effet, étaient tous des syphilitiques plus ou moins anciens, ils n'avaient pas eu d'accidents depuis longtemps ; tous jouissaient d'un bon état de santé, leur syphilis n'avait aucun caractère menaçant. Tous furent fatigués par le traitement, tous furent atteints dans un laps de temps qui varia de trois jours à un mois après la cessation de ce traitement.

On ne peut pas, en effet, soumettre l'organisme à un semblable régime, pendant 25, 30, 40 jours, sans qu'il en éprouve des modifications profondes. Les eaux sulfureuses employées méthodiquement ont pour but de favoriser la nutrition en activant les fonctions d'assimilation et de désassimilation ; mais que l'on vienne à forcer la dose, ce ne sera plus une excitation physiologique qui se produira, mais une surexcitation pathologique. Prenons les étuves, par exemple ; des expériences nombreuses faites par notre excellent confrère Ferras, de nos observations personnelles, il ressort qu'un séjour de 15 à 20 minutes dans l'étuve fait perdre en moyenne 500 à 600 gr. de poids. « Il est des malades qui perdent 1, 2 et même 3 kilogrammes de leur poids ainsi que j'ai pu m'en assurer » (1). On

(1) Ferras. — *Bagnères-de-Luchon dans la syphilis. Société d'hydrologie*, 1883, t. 28, p. 120.

conçoit aisément qu'une semblable désassimilation renouvelée, 5 à 6 fois de suite, comme nous l'avons vu faire chez certains malades, ne peut être compensée par une assimilation suffisante. Il s'en suit donc une dépression plus ou moins marquée. Dans leur sphère d'action, les bains, les douches, l'eau prise en boisson produisent un résultat identique : et, en somme, l'action de nos eaux employées suivant cette méthode devient analogue à celle des mauvaises conditions hygiéniques ou autres, qui, entravant, déviant la nutrition, permettent et favorisent l'éclosion de manifestations diathésiques qui ne seraient pas survenues si les conditions organiques normales n'eussent pas été troublées.

En somme, le traitement d'épreuve a déterminé l'*opportunité morbide*. Et nous allons même plus loin : pour que cette *opportunité morbide* soit créée, du fait des eaux sulfureuses, il n'est pas toujours nécessaire qu'elles soient employées avec violence : ce qui était arrivé pour notre malade qui fut atteint d'ecthyma. D'une façon générale, il est vrai, cette violence est nécessaire pour les anciens syphilitiques ; elle ne l'est plus pour les syphilitiques récents, ou mieux pour des syphilitiques ayant eu des accidents depuis un temps relativement court. Nous verrons plus loin, en étudiant l'action sur les syphilides, action immédiate et consécutive, que même avec le traitement spécifique, les eaux sulfureuses provoquent une poussée manifeste, et dans des conditions de temps analogues à celles que nous avons signalées (c'est-à-dire 3 semaines en moyenne après la cessation du traitement, c'est là ce qui nous fait dire que le traitement par les eaux seules est dangereux, quelles que soient les circonstances, car dans l'état actuel de nos connaissances, mis en présence d'un syphilitique, nous n'avons que des présomptions, aucune certitude pour évaluer sa force de résistance à l'action du virus ; nous ne savons donc pas où nous devons arrêter le traitement sulfureux. Dans toutes les circonstances, le traitement spécifique nous donnant une garantie absolue, pouvant être employé sans inconvénients aucun, nous ne devons jamais le laisser de côté.

Les accidents provoqués sont d'autant plus dangereux qu'ils affectent toujours des malades passibles d'accidents tertiaires, des malades considérant leur syphilis comme assez ancienne, pour qu'ils puissent la soupçonner éteinte, et qui, voulant en avoir la certitude, viennent se soumettre au traitement d'épreuve. Et, en effet, que voyons-nous dans les observations que nous avons signalées : gommes osseuses, caries, nécroses, gommes cutanées, ecthyma, accidents cérébraux, tout le cortège, en un mot, des syphilis graves.

Mais, en dehors de ce danger immédiat il n'est pas indifférent de laisser croire à des malades qu'ils peuvent, en se servant d'un semblable procédé, s'assurer de la guérison de leur syphilis ; l'usage en est si facile, si bien à la portée de tous, qu'ils l'emploieront sans discernement : et c'est là ce qui est arrivé pour le traitement d'épreuve. Chaque année, quantité de malades se rendaient *de leur propre mouvement*, suivre ce traitement dans telle ou telle station sulfureuse, pensant que s'ils ont encore quelque chose, les eaux « le feront fatalement sortir ». Que le résultat soit négatif, et le malade, se considérant comme guéri, ne s'inquiétera plus de sa syphilis, l'oubliera, et agira en conséquence. C'est une quiétude fort dangereuse, car dans la plupart des cas nous croyons que les syphilides graves surviennent parce que le malade a oublié qu'il était syphilitique. En outre, peut-on jamais dire à un syphilitique s'il est oui ou non guéri ? On guérit les accidents spécifiques, on ne sait pas si la syphilis est susceptible de guérir : ces terribles réveils qu'elle a parfois foudroyant les malades après 10 ans, 15 ans, 22 ans comme nous en avons cité plus haut un exemple, 30 ans même de repos en sont une preuve indiscutable.

Enfin, pour ne pas constituer un critérium dangereux, le traitement d'épreuve ne devrait rendre que des jugements infaillibles. Est-ce bien là le cas ? Disons de suite que les médecins hydrologues ne peuvent qu'imparfaitement répondre à cette question. Si un malade, en effet, quitte une station se croyant guéri, et voit survenir des accidents peu de temps après sa

cure, il perd fatalement toute confiance dans les eaux qui l'ont ainsi trompé, et ne revient plus dans cette station ; si, confiant dans les eaux, il incrimine le mode de traitement qu'on lui a fait suivre, il incriminera le médecin qui l'a primitivement dirigé. Une observation suivie devient donc impossible, et l'hydrologiste peut mettre à l'actif de traitement d'épreuve nombre de cas défavorables. C'est ainsi que les malades dont nous avons cité plus haut les observations, ayant suivi le traitemont d'épreuve sans accidents ont été considérés comme guéris alors que peu de temps après ils étaient l'objet de manifestations spécifiques graves. Ce sont donc les médecins traitants bien plus que les médecins des stations thermales qui peuvent jugerla question.

L'opinion du professeur Fournier est très nette à cet égard (1). Il n'accorde donc aucune confiance à ce traitement, nous avons vu que telle était aussi la manière de voir, quoique moins affirmative, des docteurs Vidal, d'Aix, Doyon, d'Uriage ; de nombreuses conversations que nous avons eues avec des confrères hydrologues, et autres, il ressort qu'elle est partagée par un grand nombre d'entre eux. Que chacun fasse donc une sorte d'enquête, et nous sommes convaincu que les résultats obtenus ne feront que corroborer ce que nous avons avancé, à savoir :

Outre son inutilité, le traitement d'épreuve est dangereux, parce qu'il donne aux malades une quiétude trompeuse, parce que les jugements qu'il porte ne sont pas toujours sans appel, parce que, de son fait, des accidents graves peuvent survenir.

Nous ne saurions donc trop insister sur la nécessité qu'il y a à bannir cette méthode de la pratique des Eaux de Luchon. Celles-ci peuvent prendre une part assez grande dans le traitement de la syphilis pour qu'on ne les fasse pas intervenir là où leur action devient dangereuse, et par conséquent se retourne ontre elles.

(1) Il a dans ses notes des centaines d'exemples de malades ayant ait, une, deux, trois, et même six cures d'eaux sulfureuses sans oir se produire le moindre accident, et qui plus tard, à échéance vaable, furent pris d'accidents graves.

DISCUSSION

M. Caulet ne trouve pas que les propositions émises par M. de Lavarenne soient suffisamment justifiées. M. de Lavarenne reproche au traitement d'épreuve de ne pas fournir un signe d'une valeur certaine ; mais combien y a-t-il en pathologie de signes pathognomoniques ? Le traitement de Luchon, tel qu'il nous le décrit, est inadmissible et dangereux. Mais ce même traitement, dirigé avec sagesse et modération, proportionné aux forces du malade, ne peut être nuisible.

Quant à l'utilité de ce traitement, si elle est révoquée en doute, il faudra contester également celle de la médication mercurielle, puisque cette dernière ne révèle pas toujours la nature du mal.

En résumé, la *cure révélatrice*, ne fournirait-elle des résultats appréciables que 9 fois sur 10, ne doit pas être dédaignée, et c'est avec raison qu'elle est souvent conseillée, dans le Midi et à Bordeaux en particulier.

M. de Lavarenne ne nie pas plus que M. Caulet les avantages qui peuvent être retirés d'une cure modérée dans le traitement de la syphilis. Il n'a voulu parler aujourd'hui que du traitement classique mis en œuvre à Luchon sous le nom de *traitement d'épreuve*, et il n'a fait nulle allusion aux traitements plus ou moins bénins employés à St-Sauveur ou dans d'autres stations. (*A suivre.*)

Le Gérant : Dr A. Lutaud.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

4e Année. — T. VII. N° 10 6 Septembre 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

Le Choléra est-il contagieux ?

A Monsieur le Dr Lutaud, Rédacteur en chef *du Journal de Médecine de Paris.*

Monsieur et très honoré confrère,

Puisque de tous côtés, à l'occasion de la nouvelle apparition du choléra en France, les journaux scientifiques et politiques versent dans le public, qui paraît y prendre un grand intérêt, toutes les opinions émises sur cette épidémie, permettez-moi de vous envoyer mon contingent de notes.

Dès 1832, tandis que Brière de Boismont observait avec Londe le choléra en Pologne ; que Sandras suivait les progrès du fléau en Pologne, en Allemagne et en France ; que Sophianopoulo l'étudiait en Hongrie, en Gallicie et à Vienne en Autriche, j'étais à Londres lors de son apparition en Angleterre, et j'y restai jusqu'à son invasion en France.

FEUILLETON

NOTE SUR LE RÉGIME DES EAUX DE LA BANLIEUE DE PARIS AU POINT DE VUE HYGIÉNIQUE

De nombreuses expériences sur l'aménagement des eaux et leur valeur hygiénique ont été entreprises sur l'ordre de M. le Préfet de Police, et il ne sera peut-être pas indifférent au public médical d'en connaître les résultats, afin de pouvoir déterminer les conditions dans lesquelles se trouvent, comparativement les unes aux autres, les localités des environs de Paris.

Le sol des environs de Paris est peu riche de sources naturelles ; l'eau des rivières, depuis Corbeil jusqu'à Mantes, est inférieure comme qualité potable à toutes les eaux des rivières de la province ; le maximum d'altération correspond à peu près à la partie du fleuve située entre Asnières et Châtou.

On a souvent essayé de filtrer l'eau de Seine en la faisant

A Londres se trouvaient avec moi le professeur Delpech, de Montpellier, et les Docteurs Hamy, de Boulogne-sur-Mer, et Talrich, de Paris.

Dans les premiers jours de l'invasion du choléra, on établit dans tous les quartiers de Londres des maisons où les cholériques étaient amenés et traités. Sur la porte de ces *cholera-hospitals* était inscrit : *no admission*, c'est-à-dire qu'on y amenait les malades qui ne devaient point être visités ; les médecins et les infirmiers une fois entrés y restaient consignés, tant l'idée de *contagion* dominait.

Une fois installés dans un des *cholera-hospitals*, Delpech, Talrich, Hamy et moi, nous nous mîmes à soigner les malades, aidant ainsi les médecins qui y étaient avant notre arrivée.

Notre séjour au milieu des malades, nos contacts dans les autopsies où l'on n'était pas sans se piquer, ne nous avaient apporté aucun malaise ; je croyais peu à la contagion et je me livrai à toutes les expériences qui pouvaient m'éclairer sur cette question. J'avais été témoin de deux faits qui me paraissaient fort concluants. Deux femmes étaient mortes du choléra, toutes deux nourrissaient leurs enfants pendant le cours de la maladie ; la sécrétion du lait ne fut ni ralentie ni modifiée, et ces malheureuses expiraient que leurs enfants tétaient encore. Ces

---

traverser une couche de sol de 10, 20, 30 pour se rendre dans des puits creusés à 7 ou 8 mètres de profondeur. Mais on s'est heurté à une double difficulté : 1° le filtre naturel s'encrassait par l'accumulation des produits de filtration ; 2° le débit d'eau ainsi obtenu était peu considérable.

Heureusement, en creusant plus profondément, à une profondeur variant de 20 mètres (Vésinet) à 120 mètres (Saint-Denis) on s'est trouvé au niveau de la couche de craie perméable du terrain parisien, et en possession d'une nappe d'eau extrêmement abondante. Cette eau de puits est fort bonne à boire, et perd rapidement, en traversant les conduites, l'excès très léger de sels de chaux dont on pourrait regretter la présence, et qui du reste ne se monte qu'au degré hydrotrimétique de Loy, c'est-à-dire à 29 centigrammes de sels calciques par litre.

Les expériences qui ont été faites prouvent qu'il est facile de

enfants ne furent point atteints du choléra, et les nourrices auxquelles on les confia ne contractèrent point la maladie. Or, si le choléra était transmissible d'individu à individu, et par voie d'absorption, il ne saurait y avoir un moyen qui favorisât cette transmission mieux que l'allaitement.

Voulant m'éclairer sur un mode d'inoculation de la maladie, je me fis appliquer, par le Dr Talrich, un large vésicatoire au bras gauche, et quinze heures après, l'ayant enlevé ainsi que l'épiderme, je m'appliquai, au moyen d'une compresse, une certaine quantité de sang pris dans le ventricule droit du cou d'une femme ayant succombé au choléra et dont l'autopsie avait été faite par le Dr Hoopar. Cette expérience n'eut aucune influence sur ma santé. Et ces faits ayant été connus de l'autorité supérieure, les cholériques ne furent plus forcés d'aller dans les *cholera-hospitals*, et les médecins qui les soignaient recouvrèrent ainsi leur liberté.

C'est à dater de cette époque, en 1832, que j'eus en grande suspicion la contagion du choléra, et m'étant livré à beaucoup d'autres recherches, j'ai prouvé :

1° *Qu'un individu atteint du choléra, ne peut pas, transporté au loin, transmettre la maladie à d'autres personnes, au milieu de conditions généralement salubres*, et des faits nouveaux appuient aujourd'hui ce que j'écrivais en 1832. Dans

---

reconnaître les caractères d'une eau potable d'une façon certaine par les moyens suivants :

1° Les végétaux microscopiques (algues) qui habitent ces eaux dans les espaces qu'elles parcourent à ciel ouvert ;

2° Les herbes ;

3° Les mollusques ;

4° Les gaz dissous dans l'eau.

L'auteur a divisé les végétaux microscopiques en 6 types, en rapport avec la plus ou moins grande pureté de l'eau.

1° Règne des Cladophora. Dans les eaux saines, algues organisées d'une façon supérieure, entièrement garnies de chlorophylles bien articulées, ramifiées, avec cellules fructifères distinctes des cellules végétatives.

2° Règne des Zygnema. Si les eaux s'altèrent un peu par le

l'épidémie qui vient de sévir à Toulon, à Marseille, à Arles, 25 à 30,000 personnes se sont enfuies, elles se sont dispersées dans tous les points de la France. Y ont-elles établi des foyers d'infection cholérique ?

2° *Un individu bien portant, par cela seul qu'il a vécu au milieu de populations malades, ne peut, en voyageant, transporter avec lui la maladie.* Parmi tous les faits personnels que je pourrais citer, je dirai qu'en 1833, alors que le choléra sévissait à Paris, un individu arrive à Lyon, dit le Dr Barbier, et y succombe à l'infection cholérique sans en propager la moindre atteinte. Cette cruelle épidémie, dit toujours le Dr Barbier, n'a pas paru à Lyon, et pourtant quelle ville de France offrait plus de chances au développement du fléau !

3° *Les objets ayant servi immédiatement aux cholériques ne conservent pas la faculté de transmettre le choléra aux gens qui manieraient ces objets, ou s'en serviraient. Les livres, papiers, bijoux portés par les malades ne peuvent transmettre la maladie au loin, ou former de nouveaux foyers.*

4° *Le choléra ne se contracte pas d'individu à individu.* Parmi beaucoup d'autres exemples, je dirai que deux régiments étaient à Agra (Indoustan) et n'étaient séparés que par la grande route. L'un de ces régiments fut violemment attaqué par l'épidémie, et le second y échappa *entièrement*, bien que les deux

---

repos, la chlorophylle n'est plus répartie que par étoiles, sans symétrie. Les articles sont encore bien distincts.

3° Règne des Rhynchoneuses. Chlorophylle très rare, en hélices d'autant moins serrées que l'altération s'accentue davantage.

4° Règne des Hypheotrix et des Oscillaires. Algues incolores, plus de chlorophylle, plus de ramifications.

5° Règne des Beggiatoa. On ne voit plus d'articulations.

6° Règne de bactéries. Enfin, aux dernières limites de la corruption, les algues sont remplacées par les Monals, les plus petits et les plus inférieurs des êtres organisés.

Notons de suite l'importance de la chlorophylle, qui doit, comme on sait, sa coloration verte à l'oxygène dissous.

Ainsi, par exemple, les eaux des Lacs de Chantilly et du Bois de Boulogne sont bien inférieures (3e type) à celles des puits et rivières artificielles du Vesinet et Châtou, et bien supé-

régiment fussent en relations constantes. Si le régiment en bonne santé eût interrompu ses communications avec le régiment infecté on aurait attribué son immunité à un cordon sanitaire. M. de Lesseps a fait dernièrement connaître à l'Académie quelques faits qui suffisent pour donner une idée des dommages que les précautions, dites sanitaires, les quarantaines par exemple, font éprouver au commerce sans que leur utilité puisse être constatée.

5° *Toutes les opinions que j'avais émises en* 1832, *à mon retour de Londres, sur la non-contagion du choléra, se trouvent justifiées depuis, par des observations dues à un grand nombre de confrères éminents.*

Le Dr Clot-Bey, qui a suivi les épidémies cholériques en Egypte en 1831, 1834, 1840 et 1848, repousse toute idée *d'importation*.

Le Dr Cazalart dit, dans un mémoire lu à la Société médicale d'émulation le 7 juillet 1866 : « Si les faits que je cite ont une signification scientifique, c'est que le choléra n'a pas été plus importé en Egypte en 1865 qu'en 1836, par les pèlerins de la Mecque, et que la *contagion* n'a été pour rien dans son développement épidémique. Dans ce sens, je pourrais citer les paroles du Dr Paul Horteloup dans la séance du 17 mai 1866 à la Société médico-chirurgicale de Paris.

---

rieures aux eaux du lac d'Enghien (5e type) et de certaines flaques d'eau à Gennevilliers, provenant des égouts (6e type).

Les herbes sont aussi fort importantes à étudier.

Certaines d'entre elles sont extrêmement délicates et n'habitent que les eaux pures ; le cresson, les véroniques, n'habitent que les bonnes eaux (types 1 et 2).

Les ciguës, nénuphars, menthes, salicaires, joncs, patiences, s'accommodent d'eaux moins pures (type 3). Ces plantes doivent être laissées dans les eaux ; en dehors de leurs avantages pittoresques, elles ont celui de détruire les organismes inférieurs en absorbant la matière organique qui les nourrit. Il y a quelques années, le contraire arriva sur le lac d'Enghien, où, par s te de l'altération croissante, les herbes vertes avaient disparu e cédé la place à des myriades de corpuscules qui enlevaient à eau sa transparence et son éclat.

Et dans le rapport de M. Aubert Roche, sur le choléra de l'isthme de Suez, et dont M. Pietra Santa a rendu compte, on a déjà signalé cette *marche rapide en dehors de toute contagion possible.*

Quant aux recherches de M. Koch, les mémoires remis par ce médecin aux municipalités de Toulon et de Marseille ne révèlent rien de nouveau : je ne citerai que deux contradictions : le Dr Koch a dit que le choléra avait été apporté à Toulon soit par du linge, soit par des individus contaminés ; il ajoute que le choléra n'est pas contagieux et ne peut se transmettre par l'air.

Pour me résumer, le choléra est une épidémie produite par des causes générales régnant passagèrement sur un grand nombre d'individus.

Dans les maladies contagieuses, celui qui s'y expose en sera atteint ; dans les maladies épidémiques, malgré le contact, on peut être préservé, et les maladies épidémiques, simplement épidémiques, ne s'inoculent pas.

Il ressort d'une manière évidente que ni le contact, ni les vomissements, ni les évacuations, ni l'inoculation du sang d'un cholérique ne communiquent le choléra.

Que le choléra ne peut être propagé par la voie de mer, au-

Il est vrai de dire cependant que quelques herbes vivent encore dans les eaux les plus infectes, telles que le Ranonculus Sceleratus et l'Arundo Phragmites.

Les mollusques ne peuvent pas non plus vivre dans toutes les eaux. La plupart cependant s'accommodent des eaux du deuxième type. Le plus délicat est le Physa fontinalis, qui ne s'accommode que du premier type.

Les Zininées prospèrent dans les eaux du 2e type. En effet, le mucus qui recouvre le frai de Zininées se couvre de Zygnema, au moment de l'éclosion des œufs; les jeunes Zininées s'attachent à ces Zygnema et les lèchent avec leur petite langue ; elles trouvent ainsi une nourriture appropriée à leur faiblesse et remplaçant en quelques sorte l'allaitement maternel. Si donc l'eau convient aux Zininées, c'est qu'elle convient également aux Zygnema.

trement les vaisseaux de la compagnie de l'Inde auraient dû l'importer en Angleterre avant 1832.

Que la cause du choléra étant dans l'air, ce que les praticiens nommaient *constitution médicale*, cette cause reçoit de cet air, comme le dit le Dr Jolly, de l'Académie de médecine, une puissance de migration spontanée, qui lui fait parcourir des espaces, souvent des enjambées, sans laisser de trace dans les points intermédiaires.

Le Dr Grohmann, membre de la Salubrité de Vienne, pense que le choléra n'est pas contagieux, et les Drs Bock et Franck, de Leipsick, sont du même avis.

Le Dr Reider, de Vienne, qui a fait de l'étude des maladies épidémiques et contagieuses sa principale occupation, regarde le choléra comme purement épidémique et nullement contagieux.

Le Dr Illusac, de Jassy, dit que le choléra n'est pas contagieux.

Le Dr Londe, membre de l'Académie, qui a suivi l'épidémie de Varsovie, a nié la contagion du choléra.

Aucun fait n'a pu jusqu'à ce jour constater la puissance de transmission individuelle du choléra, c'est-à-dire sa propriété contagieuse proprement dite en dehors de l'exercice actuel de sa propriété essentiellement épidémique.

Dans toutes les eaux où les mollusques sont peu variés et peu abondants, on peut dire que les matières organiques appartiennent en très petite proportion au règne animal, ce qui est une grande qualité.

Les eaux de puits perdent dans les conduites où elles circulent une grande partie de leur calcaire, et sont bientôt comparables aux eaux de rivière, car elles acquièrent rapidement une notable quantité de gaz par leur contact avec l'air. L'oxygène dissous est de suite absorbé par les organismes en transformation, et c'est quand sa quantité reste notable qu'une eau peut être qualifiée d'eau potable, dans laquelle il ne se produit au un travail dialytique. Le verdissement de la chloroph le des algues est encore en rapport avec l'abondance de l'o ygène dissous. Ainsi, dans la Loire, la Garonne, la Meuse, l'E aut, ou rencontre 7 à 8 cent. cubes d'oxygène par litre, et

Je suis donc un *anticontagionniste* bien convaincu, heureux de me trouver, quant à cette question, en compagnie de Dupuytren, de Magendie, de Chomel, de Rochoux, de Bouillaud, de Rostan, de Piorry, de Stanski, de Gendrin, de Tardieu, etc., presque tous attachés aux hôpitaux à l'époque de l'invasion des premières épidémies, à Paris, et qui tous se sont déclarés contre la contagion du choléra.

Enfin, je termine en disant, avec le Dr Jolly et avec beaucoup d'autres que je pourrais citer, que toutes les mesures d'isolement et de séquestration dirigées contre une prétendue propriété contagieuse du choléra, sont pour le moins inutiles, impuissantes dans leurs résultats prophylactiques ou préservatifs, et qu'elles sont dangereuses dans leur effet moral sur les populations atteintes ou menacées de cette épidémie. En 1848, au Havre, on n'établit point de quarantaine, il n'y eut point de choléra ; en 1873 la quarantaine est établie, et le choléra, lui aussi, s'établit dans la ville.

HALMAGRAND, père.

Orléans, 28 août 1884.



---

dans la Seine, à Saint-Germain, à Maisons-Laffite et même à Andrezy, la contenance en oxygène est réduite de moitié. Dans les eaux vives de l'Auvergne, la contenance par litre va jusqu'à 9 cent. cubes par litre.

Voici les chiffres exacts, pour le Vésinet par exemple :

Eau prise à la sortie du puits. . . . . 4 cc 75.
Eau prise dans les lacs et rivières artificielles. . . . 8 cc 60.
Eau prise dans la rigole de retour à la Seine. . . . . 8 cc 75.

En résumé, une eau contenant 7 à 9 millièmes d'oxygène, pas de végétaux, ou des végétaux verts et organisés est excellente.

Les eaux du 4e type sont encore buvables, telles que celles de la Seine à Asnières ; le bétail les préfère aux eaux de sources.

La peau peut supporter sans danger des eaux très médiocres.

REVUE CLINIQUE

HYDRAMNIOS ; PRÉSENTATION DE LA FACE

Par le Dr Greslou

Membre de la Société de médecine pratique.

Le 3 février 1884, je suis appelé auprès de madame X..., âgée de 28 ans, primipare, bien constituée, et d'une bonne santé habituelle. J'arrive près d'elle, le dimanche vers minuit ; la grossesse est à peu près à terme (dernières règles du 27 avril au 4 mai). Mme X... a commencé à souffrir dans le courant de la journée, et les douleurs se sont surtout accentuées dans la soirée, vers neuf heures. Elles reviennent toutes les cinq minutes environ. La rupture de la poche des eaux a eu lieu deux jours auparavant, dans la nuit du jeudi au vendredi. Les mouvements de l'enfant ont toujours été bien perçus, et dans le côté droit de l'abdomen.

En pratiquant le toucher, je trouve l'utérus très élevé, le col effacé, et l'orifice dilaté comme une pièce de deux francs environ. Le doigt rencontre, en explorant l'excavation, une tumeur dure, arrondie régulièrement, qui est la tête, et sur laquelle il perçoit dans l'axe du bassin et un peu à gauche la

---

C'est à peine si elle se couvre de boutons après un contact prolongé avec l'eau du 5e type ; avec le 6e type les accidents peuvent être redoutables.

Quelques personnes ont l'habitude de filtrer l'eau. Cette opération la prive d'oxygène, car le filtre arrête les corpuscules microscopiques vivants, et leurs débris subsistent, jusqu'à ce qu'ils soient absorbés complètement par l'oxygène dissous. L'amélioration par le filtrage est donc seulement apparente.

Dr Maison



Vacances médicales.— Voir pour les postes médicaux vacants aux annonces.



fontanelle antérieure, lozangique. Le front regarde à droite et en arrière, et les sutures sagittale et frontale dessinent le diamètre oblique gauche. J'ai donc affaire à la variété frontale d'une présentation de la face en mento-iliaque droite postérieure. Le bassin est bien conformé. Il est logique de penser qu'avant le début du travail, la position devait être une occipito-iliaque gauche antérieure sans engagement, dans laquelle, pour une raison quelconque, la tête s'est défléchie au début du travail, ce qui a donné naissance à une présentation de la face. Il n'y avait donc pas accommodation pelvienne, il n'y avait pas de présentation fixe vers la fin de la grossesse.

Recherchant quelle pouvait en être la cause, je procède à l'interrogatoire : je ne trouve rien de particulier à noter dans les antécédents du côté du squelette. La grossesse a été pénible; la première moitié a été marquée par des vomissements, et la seconde moitié par de la fatigue, de la pesanteur dans le bas-ventre, et des douleurs abdominales et lombaires. Le volume du ventre était, paraît-il, assez considérable. Je m'enquiers alors de la quantité de liquide amniotique écoulé, et Madame X... me répond que dans la nuit du jeudi au vendredi, elle a commencé à perdre de l'eau ; cette perte s'est reproduite dans la nuit du vendredi au samedi, tout en continuant faiblement pendant ces deux jours; puis le dimanche matin, Madame X... a tout d'un coup perdu une très grande quantité de liquide, plus d'une cuvette me dit-elle, qu'on fut obligé de laisser sous elle ; et dans la journée, à plusieurs reprises, de notables quantités d'eau se sont encore écoulées. La malade évalue en tout à trois ou quatre litres la quantité de liquide perdue dans la journée du dimanche seulement. Muni de ce renseignement, je recherche les signes rationnels de l'hydramnios, et Madame X... me dit que dans les derniers mois de sa grossesse, la respiration était devenue très gênée, et le sommeil agité et difficile. Elle était obligée d'être presque assise dans son lit pour dormir, et il lui est arrivé souvent de passer la nuit dans un fauteuil, pour pouvoir mieux respirer. Elle ne pouvait garder le décubitus dorsal. Le ventre était très développé, et les parois abdominales dures et très tendues. La miction était trés fréquente et très gênée. Constipation prononcée. Les membres inférieurs étaient infiltrés dans toute leur hauteur ; l'œdème

sus-pubien n'a pas été remarqué. Mme X... se sentait très lourde, et avait beaucoup de peine à marcher. Tous ces symptômes disparurent après l'abondante évacuation de liquide amniotique ; la malade se sentit très soulagée. Je ne constate plus qu'un peu d'œdème des pieds et de la partie inférieure des jambes.

En rapprochant de tous ces symptômes le fait de la rupture prématurée des membranes, je pouvais, dès lors, me rendre compte de l'enchaînement des phénomènes, et formuler le diagnostic :

Présentation de la face, favorisée par une quantité exagérée de liquide amniotique.

Avec la déplétion de la cavité utérine, apparurent les douleurs caractérisant le début du travail, et je le trouvai donc commencé, ainsi que je l'ai dit, lorsque j'arrivai près de Mme X... Les contractions continuèrent régulièrement, mais faiblement. Vers quatre heures du matin, la dilatation avait fait quelques progrès ; la position de la tête était toujours la même. La dilatation marchait d'autant plus lentement que la poche des eaux n'existait pas, que les contractions n'étaient pas très fortes, et que la tête, qui ne se présentait pas par le sommet, avait à accomplir son mouvement d'extension forcée pour pouvoir s'engager à descendre. Quelque temps après, je trouvai le foyer d'auscultation des battements du cœur sur la ligne médiane et un peu à droite, au niveau de l'ombilic. Vers neuf heures du matin, je trouvai la présentation de la face complète, la rotation accomplie, menton derrière la symphyse pubienne, et la dilatation très avancée, mais pas encore tout à fait terminée. Vers midi, la période d'expulsion commença. Madame X. perdit alors un peu de sang ; ce petit écoulement sanguin, qui continua, mais très faiblement et par instants seulement, jusqu'à la fin de l'accouchement, me fit penser que le placenta commençait à se décoller prématurément, très probablement sous l'influence d'une brièveté accidentelle du cordon amenée par des circulaires, qu'il est si fréquent de rencontrer. L'auscul-ion, d'ailleurs fréquemment pratiquée dans cette dernière riode du travail, ne m'indiquait rien de particulier du côté de circulation fœtale. Enfin, vers trois heures de l'après-midi, la ce apparut à la vulve, et le dégagement de la tête eut lieu

quelques instants après. Je trouvai sous mes doigts un circulaire que je dégageai, j'opérai l'engagement de l'épaule antérieure (la droite) qui tardait un peu, et j'amenai un enfant du sexe féminin assez volumineux, et portant trois autres circulaires autour du cou. Il naquit un peu étonné, le cordon n'ayant plus de battements, et l'extrémité céphalique fortement congestionnée, comme il arrive dans toute présentation de la face. Une certaine quantité de sang et de liquide amniotique mélangé de méconium s'écoula derrière lui, mais après quelques flagellations, la respiration s'établit, et l'enfant se mit à crier. Son poids était de 3 kilos 852 gr. La délivrance eut lieu une demi-heure après environ, sans rien présenter de particulier. — A part un ou deux jours, où la température s'éleva à 39 degrés, et de la rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme pendant quelque temps, les suites de couches furent régulières.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à plusieurs titres : 1° au point de vue de la présentation ; 2° au point de vue de la cause de la présentation.

La présentation de la face est, en effet, une des plus rares, puisque les statistiques en donnent 1 cas sur 200 environ. — Quant aux causes, elles sont multiples ; les principales, mentionnées par les auteurs comme prédisposantes, sont les suivantes : l'obliquité utérine ; les rétrécissements du bassin, le grand volume de l'enfant, la multiparité, l'absence d'accommodation pelvienne. Comme cause déterminante, les contractions utérines mal dirigées.

Or, dans le cas que je viens de rapporter, il n'y a pas d'obliquité utérine, le bassin est bien conformé, et l'enfant n'est pas d'un volume exagéré ; mais la cavité utérine était distendue par une quantité anormale de liquide amniotique, circonstance qui, par la mobilité qu'elle laissait au fœtus dans l'utérus, ne sollicitait pas l'engagement du sommet dans l'excavation et permettait à la tête de rester suspendue au-dessus du détroit supérieur. De telle sorte qu'au moment de l'évacuation rapide de la plus grande quantité du liquide amniotique, une contraction simultanée et mal dirigée trouvant la tête insuffisamment fléchie au-dessus de la marge du bassin, et poussant l'occiput contre ce rebord, a dû le faire basculer en avant, et favoriser

ainsi l'engagement de la face en portant la fontanelle antérieure et le front dans l'aire du détroit supérieur.

J'ai dit plus haut qu'avant le début du travail la position devait être une occipito-iliaque gauche antérieure sans engagement ; car, quoique quelques auteurs admettent que la présentation de la face puisse être primitive, c'est-à-dire, exister avant le début du travail, les accoucheurs sont unanimes pour reconnaître qu'elle est le plus souvent secondaire ; la présentation de la face dérive de la présentation du sommet ; c'est une présentation du travail, et non de la grossesse.

Cette observation est un appoint à la loi si importante de l'accommodation pelvienne ; et c'est parce qu'elle s'oppose à cette accommodation, que l'hydramnios, qui d'ailleurs favorise ainsi d'autres présentations anormales, peut être rangée directement au nombre des causes prédisposantes des présentations de la face. Il m'a paru intéressant, bien que ce cas ne présente rien de nouveau, de le signaler au point de vue de la corrélation immédiate entre l'hydramnios et la présentation de la face.

Je ferai remarquer, en passant, que la présence des circulaires, qui, dans certains cas, peut être nuisible au fœtus et à la marche du travail, a été, au contraire, favorable dans ce cas d'hydramnios, en prévenant le prolapsus du cordon au moment de l'écoulement du liquide amniotique : le cordon, qui était long, était, en effet, dans cette circonstance, exposé à ce genre d'accident.

Si l'on veut tirer de cette observation une déduction pratique, on reconnaît qu'il est peu aisé dans ce cas de prévenir la présentation de la face, l'hydramnios ne laissant guère de chances de pouvoir produire l'engagement du sommet d'une façon définitive vers la fin de la grossesse. Les liquides n'étant pas ou n'étant que très peu compressibles, la ceinture entocique ne pourrait guère avoir d'action sur le fœtus, à moins que l'excès de liquide amniotique fût peu considérable. Bien que dans cette présentation l'accouchement se termine spontanément dans la majorité des cas, l'accouchement par le sommet étant infiniment préférable, surtout si l'on est obligé d'intervenir par le ...ceps, il y a lieu de chercher à la prévenir. On pourrait, si l'on ...it appelé au début du travail, avec légère dilatation de l'ori...e et avant la rupture des membranes, tenter d'engager le

sommet, en maintenant par l'application latérale des deux mains la tête dans l'axe du détroit supérieur, pendant qu'un aide perforerait la poche des eaux ; par cette manœuvre, la déplétion de l'utérus augmenterait la contractilité de celui-ci affaiblie par la distension et lui permettrait, en revenant sur lui-même, de pousser dans l'excavation la tête maintenue et de la fléchir. Mais généralement, dans ce cas, la rupture a lieu spontanément de très bonne heure avant l'arrivée de l'accoucheur, et on aura peu de chances de réussir après l'écoulement du liquide à abaisser le sommet, quand la tête sera défléchie. On pourrait peut-être néanmoins essayer dans les positions mento-postérieures. Il faudrait alors, comme le conseillent MM. Tarnier et Chantreuil, soulever les épaules et la partie supérieure de la poitrine du fœtus, afin de rendre à la tête la liberté nécessaire pour qu'elle puisse se fléchir, pendant qu'un aide la pousserait vers le plan antérieur du fœtus, et pousserait en même temps le siège en bas et du même côté que la tête, de manière à faire engager le sommet. Malgré une observation de Welponer, où cette manœuvre, commencée deux heures après la rupture des membranes, fut couronnée de succès, on réussira probablement rarement, et il ne faudrait pas insister si on éprouvait trop de difficultés. C'est plutôt au point de vue étiologique qu'à celui de la pratique que j'ai rapporté cette observation.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

—

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la fièvre typhoïde, par le Dr Dippe (de Leipzig). — Depuis que l'on considère le typhus abdominal comme déterminé par un poison organisé, on s'est évertué de tous côtés à trouver à ce poison un remède spécifique qui, employé à temps, pût étouffer la maladie dans son germe, et jusqu'à ce jour sans succès. Aussi, en l'absence de ce spécifique, faut-il demander à l'hygiène, au régime diététique et aux agents thérapeutiques toutes les ressources qu'ils peuvent

fournir. L'auteur de cette note insiste longuement sur la chambre du malade, sur son coucher, sur les soins de propreté minutieuse qui lui sont indispensables et enfin sur le régime alimentaire nécessaire dans une maladie dont la durée est toujours longue, et dans laquelle la dépression des forces est un des grands dangers.

Puis il arrive au traitement par l'eau froide, qui, dit-il, ne *tend pas seulement à l'abaissement de la température, mais qui produit, en outre, une grande et favorable excitation sur le système nerveux général et, par suite, prévient l'état comateux.* Ce n'est pas le thermomètre seul qui décide de l'emploi des bains ; des troubles respiratoires intenses, une bronchite généralisée avec inspiration et expectoration laborieuse, la tendance au coma sont autant d'indications très nettes de recourir à ce moyen. Les contre-indications du traitement par l'eau froide et spécialement du bain entier sont surtout les hémorrhagies intestinales et la péritonite, ou même, les menaces de péritonite. De même une aversion insurmontable du malade pour ce procédé. Enfin, des phénomènes laryngés graves, une éruption de furoncles abondants, des douleurs rhumatoïdes violentes, une néphrite accidentelle ne rentrent pas au moins dans les applications spéciales du traitement par l'eau froide.

Les bains entiers représentent la forme d'application la plus fréquente de l'eau froide, et ils doivent être administrés, sauf indication particulière, quand la température vitale atteint 39 degrés. La température de l'eau doit être d'environ 25 degrés centigrades. Le malade y reste dix minutes, et il est bon, pendant ce temps, d'agiter l'eau de la baignoire et de frotter légèrement la peau.

Dans le bain, et après, surtout s'il survient de longs frissons, vin, bouillon chaud ou lait vin généreux ; à la suite le malade est essuyé et frictionné vigoureusement. — Au bout d'une demi-heure, la température est abaissée de 1 à 1 degré 1/2.

On hésite à donner les bains plus souvent que toutes les [illegible] heures pendant le jour et on les supprime complètement [illegible] nuit, quoi qu'il arrive.

[illegible] la rémission manque ou si elle est peu accusée, on essaye [illegible] bains un peu plus longs, un peu plus frais, de 18 à 20 de

grés centigrades et on donne en même temps un antipyrétique. Cela est préférable à l'augmentation de fréquence des bains. Si le frisson est trop violent dans le bain ou après, on y laissera le malade moins longtemps en lui donnant assidûment des boissons chaudes.

Une modification fréquente aux bains entiers froids ordinaires consiste dans l'emploi des bains prolongés qui conviennent aux buveurs atteints de délire, mais qui ont l'inconvénient d'affaiblir le malade ; on les laisse graduellement refroidir de 30 à 25 ou 20 degrés qui conviennent surtout pour les gens âgés ou les malades affaiblis.

Les enveloppements froids sont beaucoup moins actifs que les bains et n'ont donné de résultats que chez des enfants.

L'emploi des appareils à circulation d'eau froide ne semble pas pratique.

Enfin, un dernier mode d'emploi de l'eau froide consiste dans la pratique des affusions que Dippe recommande tout particulièrement. Les malades sont arrosés dans leur bain avec de l'eau plus froide, et en dehors du bain on pratique aussi des affusions froides sur la tête attirée hors du lit. Rien ne provoque aussi nettement de profondes inspirations, rien ne réveille aussi énergiquement les malades même profondément comateux ; jamais on n'a observé à leur suite de résultat fâcheux.

A côté de l'eau froide, les antipyrétiques occupent une place importante, trop importante d'après l'auteur, dans le traitement de la fièvre typhoïde. Assurément ils rendent des services, mais on ne saurait trop s'élever contre leur emploi mathématique, notamment en ce qui concerne le sulfate de quinine.

Les antipyrétiques peuvent être administrés en cas de contre-indication des bains froids, ou bien pour augmenter l'action de ceux-ci en cas de rémission insuffisante. Le sulfate de quinine peut être donné à la dose de g. 50 le soir vers 9 h. pour augmenter la rémission matutinale qui peut être de 1 à 2 degrés et qui dure de douze à vingt-quatre heures. L'acide salicylique et mieux le salicylate de soude, à la dose de 4 à 6 grammes amène une rémission profonde, mais de courte

durée, et ses effets latéraux sont extrêmement désagréables : vertiges, bourdonnements d'oreilles, nausées.

Le Docteur Dippe passe ensuite en revue les différentes complications de la fièvre typhoïde et indique les moyens qui lui semblent les plus propres à les combattre. Il n'indique aucun moyen nouveau, et nous ne croyons pas devoir nous étendre davantage sur sa communication. Il a la modestie ou la sagesse de ne rapporter aucune statistique à l'appui. En résumé, le principe du traitement qu'il propose s'éloigne assez sensiblement de la méthode de Brand, du moins de la méthode rigoureuse qui nous a été présentée comme donnant des résultats si merveilleux et qui doit certainement à sa rigueur et à son invariabilité une part de la défiance avec laquelle elle a été accueillie chez nous.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*, 14 février 1884.)

R. CHENET.

Du traitement de la phthisie dans ses premières périodes, par GREEN. — L'analyse des faits apprend qu'il faut tenir compte de trois facteurs dans le développement et la marche envahissante de la tuberculose : 1° Un état de faiblesse constitutionnelle plus ou moins marquée, soit héréditaire, soit acquise, rendant le sujet incapable de résister aux mauvaises influences extérieures ; 2° Une disposition particulière des sommets des poumons, probablement une tendance à n'avoir qu'une circulation peu active, disposition qui favorise l'évolution du processus tuberculeux ; 3° l'introduction dans l'organisme d'un produit morbide, du bacille de la tuberculose. L'auteur croit qu'il faut avant tout soigner le régime de ces malades : il faut leur faire prendre quelque chose avant qu'ils ne se lèvent, et il conseille de leur donner du chocolat au lait. Lorsqu'il y a des phénomènes de gastrite, il propose d'administrer du carbonate de bismuth à la dose de 10 à 20 grains, une demi-heure avant les repas, pendant deux ou trois semaines, puis on donne une mixture de gentiane et de bicarbonate de soude pendant fort longtemps. L'huile de foie de morue tient une grande place dans le traitement de la tuberculose ; il faut l'administrer après les repas. La quinine est utile pendant les périodes fébriles, ou quand les malades sont trop débilités. Pour modérer la toux,

il faut prescrire des calmants, mais seulement pendant la nuit. On peut donner, pour arrêter les sueurs nocturnes, des pilules renfermant de un quart à un demi-grain d'extrait de belladone et de deux à trois grains d'oxyde de zinc. Quand la fièvre est très intense on peut ajouter la digitale à la quinine. Quant à la question de savoir si, par des inhalations antiseptiques, on peut arriver à détruire les bacilles, l'auteur ne pense pas qu'on puisse encore l'espérer avec les méthodes actuelles, mais il croit que l'on doit tenter des essais dans ce sens. (*Lancet*, janvier 1884 et fév. p. 149-193.)

L. B.

Asphyxie locale des extrémités chez une femme athéromateuse, par M. Bouveret. — Il s'agit d'une femme de 68 ans, non hystérique, qui habite un village des Dombes où les fièvres intermittentes sont endémiques, et qui a eu elle-même pendant deux ans, à l'âge de 19 ans, des accès de fièvre quarte, et pendant deux mois, à l'âge de 64 ans, une nouvelle atteinte de fièvre paludéenne. En 1883, au mois de janvier, le médius de la main droite devint froid, violacé, presque insensible, et ne reprit sa coloration normale que par l'immersion dans l'eau chaude. Les autres doigts de la main droite, puis ceux de la main gauche se prirent ensuite ; depuis lors l'affection a envahi la face dorsale et la paume des mains, parfois même de petites plaques livides se montrent à la partie inférieure des avant-bras. Au début, l'asphyxie ne survenait que lorsque le malade ressentait une impression de froid assez vive, mais peu à peu elle s'est produite de plus en plus facilement ; cette femme a dû renoncer à laver le linge et la vaisselle dans l'eau froide, et maintenant le trouble circulatoire existe également aux pieds, et il est à peu près continuel. La malade a toujours de l'eau chaude toute prête, afin d'y tremper ses extrémités dès que la sensibilité est troublée.

L'intensité de la coloration cyanique varie suivant le degré de froid, depuis une teinte franchement noirâtre, jusqu'à une teinte simplement livide avec plaques jaunes. Sur les parties noires l'anesthésie est complète, sur celles qui ne sont que livides, la sensibilité est très diminuée. Pendant les attaques de cyanose les mains sont très froides et donnent au toucher la

sensation du marbre. Cette femme est de plus très athéromateuse, les artères sont dures, sinueuses ; le tracé sphygmographique est tout à fait caractéristique.

Ici donc, ainsi que le fait remarquer l'auteur, la pathogénie des accidents asphyxiques est complexe. Les artères qui se distribuent aux extrémités ont leur calibre fort rétréci : la circulation pourra encore s'effectuer d'une manière presque satisfaisante si aucune autre circonstance ne vient y entraver le cours du sang, mais pour peu qu'une influence accidentelle telle que le froid vienne déterminer soit directement, soit par action réflexe une contraction des artérioles, l'asphyxie va se produire. Pour expliquer la facilité avec laquelle semble se produire ce spasme chez cette malade, il est bon de se rappeler qu'elle a déjà eu des fièvres intermittentes et que MM. Verneuil et Petit ont décrit tout récemment une asphyxie locale et une gangrène symétrique des extrémités d'origine palustre. (*Lyon médical*, n° 23, 8 juin 1884). L. B.

Préparation et emploi de l'électuaire vaccinal de l'Institut municipal de vaccination, par le Dr E. Chambard. — Cet électuaire consiste essentiellement en un mélange intime de toutes les parties actives de la pustule vaccinale du veau ou de la génisse, avec une mixture aqueuse de glycérine ; en voici le mode de préparation :

Soit un veau portant sur le flanc un placard de 150 à 200 pustules du cinquième jour de l'inoculation. Le placard est soigneusement lavé avec de l'eau alcoolisée tiède, puis l'on procède immédiatement à la cueillette du vaccin. A cet effet, la pustule étant saisie à sa base par une pince à pression continue et à branches élastiques, on enlève d'un coup de lancette la croûte, qui est mise à part, dans un verre de montre; on en absorbe le contenu liquide au moyen de l'aspirateur vaccinal et l'on mêle ce fond, soit avec une curette, soit simplement avec une lancette. Les croûtes, le sérum et la pulpe sont donc les trois éléments actifs que peut fournir la pustule.

Les croûtes préalablement lavées dans l'eau glycérinée sont [d']abord broyées dans un mortier de terre avec un peu de sucre [do]nt le rôle est de les diviser mécaniquement en très fines par[ti]cules.

A la poudre humide ainsi obtenue on ajoute la pulpe due au curage des pustules, le caillot qui s'est séparé du sérum et une pincée de gomme adragante, de manière à faire un mucilage épais. Puis on ajoute goutte à goutte, et en continuant la trituration un mélange à parties égales d'eau distillée et de glycérine neutre contenu dans un flacon compte-gouttes spécial.

L'électuaire est conservé dans le mortier même qui a servi à sa préparation ; je l'ai déposé sous une cloche dont le bord rodé repose sur une plaque de verre dépoli. Il est délivré ou expédié entre des lames de verre planes auxquelles on se propose de substituer prochainement des lames de verre rodées et évasées demi-cupule.

Le vaccin de conserve est incontestablement moins actif que le vaccin pur et absolument frais, et il faut pour obtenir d'aussi bons effets du vaccin additionné de glycérine le mettre en quantité notable de rapport avec une surface d'absorption assez étendue.

La scarification est la meilleure méthode d'insertion du vaccin animal conservé. Elle est facile, rapide, nullement douloureuse, et voici comment on la pratique.

Saisissant, à pleines mains, le bras du sujet par sa face antro-intérieure et au niveau de son tors supérieur, on tend, avec le pouce et l'index ramenés vers sa face externe, la peau de la région de l'empreinte de l'oïdienne, dans une direction perpendiculaire à l'axe des membres. Sur la surface ainsi tendue, on pratique, avec une lancette bien acérée, chargée d'électuaire et tenue légèrement de la main droite trois scarifications dont la direction est perpendiculaire à l'axe du bras. Ces scarifications doivent avoir une longueur moyenne de 4 mill. et une profondeur telle qu'elles intéressent tout l'épiderme, sans dépasser la couche papillaire du derme. Il est bon que la plaie de scarification se dessine en rouge sur la peau ; mais le sang ne doit pas en sortir sous forme de gouttelettes dont la coagulation pourrait empoisonner, et dont l'écoulement pourrait entraîner le virus vaccinal.

Une partie suffisante de l'électuaire dont la pointe de la lancette est chargée est retenue entre les lèvres de l'incision que la tension de la peau a pour but de maintenir écartées ; mais il est bon, après avoir vacciné un bras, d'essuyer la lancette sur

les plaies qu'on vient de faire et de répartir entre elles l'excès de vaccine dont elle reste humectée.

Dans les limites de sa conservation absolue, qui ne paraissent pas s'étendre au-delà d'une quinzaine de jours, et à condition d'être inoculé par scarification, l'électuaire est aussi sûr, à bien peu de chose près, que le vaccin humain ou animal frais. Il a donné :

Pour les vaccinations 96 % de résultats positifs ; et pour les revaccinations 50 %.

(*Lyon Médical*, 24 février 1884.)

R. L.

MALADIES VÉNÉRIENNES ET MALADIES DE LA PEAU

Guérison rapide du chancre simple. — M. le Dr Barthélemy publie à cet égard dans *l'Union médicale* du 21 juin 1884 une courte revue des plus intéressantes. Il commence par rappeler les moyens ordinairement employés jusqu'ici : La solution au 30me de nitrate d'argent, la solution au dixième de tartrate ferrico-potassique, la poudre d'iodoforme, l'acide pyrogallique, la chaleur, la résorcine, et il pose dans tous les détails la méthode nouvelle que vient de préconiser Hans Hebra, de Vienne, et qui permettrait d'obtenir la guérison du chancre simple en 5 ou 6 jours. Pour cela on commence par nettoyer très soigneusement la verge du malade avec de l'eau tiède et au besoin de l'huile et du savon, afin d'en enlever toute trace des topiques antérieurement employés et qui pourraient former avec l'acide salicylique des combinaisons caustiques. Puis on applique l'acide salicylique de manière à ne recouvrir que le chancre et une toute petite zone périphérique ; on maintient ce topique en place en le recouvrant d'une mince couche d'ouate, puis d'un anneau d'emplâtre adhésif. On ne fait ce pansement qu'une fois par jour si la suppuration n'est pas très abondante, sinon on le fait matin et soir. Dès le troisième jour il s'est produit une eschare assez profonde pour que toute virulence de l'ulcération soit déruite : on cesse dès lors les applications d'acide salicylique et on se borne à panser avec une pommade inoffensive quelconque, de l'axonge par exemple que l'on étend sur une bandelette de toile. D'ordinaire l'eschare tombe très

vite, en une demi-journée, et laisse après elle une plaie simple dépourvue de toute virulence qui se répare complètement en deux ou trois jours.

Cette méthode thérapeutique, d'après les résultats publiés, agirait rapidement, sûrement et sans douleur. Cette formule par trop célèbre et par trop enthousiaste appelle, je crois, des expériences de contrôle. Aussi, avant d'adopter définitivement le nouveau traitement, voudrions-nous le voir expérimenter en France à l'hôpital du Midi et à l'hopital St-Louis. Ce procédé abortif aurait encore un autre avantage, il supprimerait les adénites suppuratives et les bubons chancrelleux.

L. B.

De l'emploi du sous-nitrate de Bismuth comme topique dans le pansement des maladies cutanées et syphilitiques, par le Dr O. V. Petersen. — L'auteur prétend avoir traité avec succès trois cents cas de chancres mous par des applications de sous-nitrate de bismuth. Il faisait laver les ulcérations avec une solution de bichlorure de mercure à un ou deux pour mille ; puis on les nettoyait et on les séchait avec du coton salicylé, on les poudrait légèrement avec du sous-nitrate de bismuth, et on les recouvrait d'un peu de coton. On répétait ce pansement plusieurs fois par jour. Les ulcères devenaient rapidement secs, pâles, et la cicatrisation se produisait. Le sous-nitrate de bismuth a donné de meilleurs résultats encore dans des cas de balanite avec suintement abondant, car la guérison a été souvent obtenue après deux applications de cette substance. L'auteur s'est également servi avec succès de ce topique dans certaines maladies cutanées, dans l'eczéma en particulier. Ce ne sont pas là, d'ailleurs, des méthodes absolument nouvelles. Nous nous servons depuis fort longtemps en France de la poudre de sous nitrate de Bismuth dans certaines maladies de la peau et nous en retirons les meilleurs effets. (*Vratch*, nº 16, 1884, p. 267.)

L. B.

Cas de lèpre où la langue a été envahie, par Campana. — Dans le cas rapporté par l'auteur, il s'agit d'un jeune homme de 15 ans, né de parents lépreux, qui présentait depuis

cinq ans des tubercules et des macules de lèpre sur les téguments de la face et des membres. La même éruption se manifesta sur la langue, et elle s'y caractérisa par un groupe de petites tumeurs papilliformes, formant dans leur ensemble une plaque ovalaire, de la grandeur d'un sou, légèrement surélevée, à surface rugueuse. Ces petites tumeurs variaient comme grosseur de celle d'une lentille à celle d'un grain de chenevis; les unes étaient coniques, les autres arrondies ; leur coloration était rosée ; elles étaient indolentes. On en enleva une et on y découvrit, par l'examen histologique, de nombreux bacilles caractéristiques de la lèpre. (*Giornal Italiano delle malat. vener. e della pella*, fasc. 5, an. VIII.)

L. B.

Des lésions du grand hypoglosse dans la glossoplégie syphilitique, par le Dr Lewin. — Chez un malade l'auteur observa une paralysie d'une moitié de la langue, accompagnée de symptômes presque identiques à ceux d'une paralysie bulbaire, et tous ces phénomènes morbides disparurent sous l'influence d'injections de sublimé. Chez un autre il constata de l'atrophie d'une moitié de la langue, avec des nodules vers sa racine ; la pointe de l'organe était tellement déviée vers le côté atteint que le malade pouvait à peine la projeter en dehors des arcades dentaires ; il ne pouvait l'élever jusqu'à la voûte palatine ; il éprouvait les plus grandes difficultés à mâcher, à avaler, à parler vite et longtemps, à prononcer les lettres d, t, l, n, r. La perception des saveurs était également affaiblie et ralentie sur le côté gauche de la langue, ainsi que le sentiment des mouvements de l'organe, de sa position, de sa température, de la douleur, et de l'excitation électrique : il y avait, de ce côté, de la salivation et en dernier lieu une pâleur fort accentuée. A l'autopsie on trouva deux gommes dans la cavité crânienne : l'une d'elles entre la dure-mère et la paroi, vers la partie gauche du vertex, l'autre sur le nerf hypoglosse lui-même. Ce nerf en avant du trou condyloïdien et en partie niveau même de ce trou était englobé dans une masse gommeuse d'un gris blanchâtre. Les racines réelles du nerf dans la moelle allongée étaient indemnes ; le tronc seul était intéressé : noyau d'origine était normal. Voici les explications que

donne Lewin à propos de ce cas : 1° La paralysie motrice de la langue était due à la paralysie de ses muscles (génio-glosse, stylo-glosse, lingual supérieur, inférieur et transversal, génio-hyoïdien). 2° Il croit que la perte du goût était due à ce que le malade était également atteint de glossite syphilitique tertiaire, et à ce que dès lors la néoplasie syphilitique comprimait les filets terminaux du glosso-pharyngien dans les papilles. 3° La salivation était due probablement à un réflexe s'exerçant par l'intermédiaire du glosso-pharyngien. 4° L'anémie locale tenait sans doute aux lésions périphériques du nerf lingual, lequel contient, comme on le sait, les nerfs vaso-dilatateurs de la langue. 5° Le bégaiement et le balbutiement pouvaient être causés soit par l'amaigrissement de la langue, soit par la compression du nerf grand hypoglosse.(*Comptes Rendus de l'hôpital de la Charité de Berlin*, 1883).

L. B.



FORMULAIRE

Action de l'atropine sur le cœur (FRANCK).

Ce praticien a communiqué à la Société de biologie, cette observation que l'action antimodératrice de l'atropine sur le cœur ne peut pas conserver les explications courantes et que cette action de l'atropine sur le cœur doit être assimilée à celle du curare sur les nerfs moteurs.

S. M.

—

Action antiseptique du sulfate de cuivre (MARRY).

Une solution de sulfate de cuivre au centième agit comme antiseptique mieux que ne le ferait une solution d'acide phénique parce qu'elle ne détermine pas l'irritation des plaies et les sensations de brûlures que produisent l'acide; elle a en plus l'avantage d'enlever toute fètidité aux lochies sans répandre d'odeur.

Dans certains cas, cette solution cuprique peut remplacer le sublimé corrosif. Bien plus, le sulfate de cuivre présente une innocuité absolue employé en injection intra-utérine ; comme topique il ne détermine aucun incident d'intoxication.

—

Emploi de l'alun dans la coqueluche (Warfwinge).

Alun	2 gram.
Eau	50 —
Sirop	50 —

Une cuillerée à dessert quatre fois par jour.

Cette préparation, prise à l'intérieur, donne d'excellents résultats dans les cas de coqueluche ; les enfants acceptent volontiers ce médicament.

—

Adénite simple chronique.

Poudre d'éponges torréfiées	10 gr.
Savon médicinal	5 —
Miel de Narbonne	Q. S.

Faites 100 pilules argentées; trois de ces pilules par jour, une le matin, à midi et soir, et l'on augmente progressivement jusqu'à neuf par jour.

On donne en outre, aux repas de midi et du soir, 15 gouttes de teinture de mûre tartarisée, dans un peu de bouillon froid ou d'eau ; appliquez enfin sur les glandes tuméfiées un écusson d'emplâtre des quatre fondants.

—

Application de la méthode antiseptique au croup et à l'angine couenneuse.

Voici comment M. Renou conseille l'application des inhalations ; il installe son malade dans une chambre convenablement aérée, chauffée à 20 et 25 degrés en assurant le renouvellement de l'air et évitant l'encombrement.

On obtient la vaporisation par un ou deux petits fourneaux à pétrole en usage dans les cuisines. Sur ce fourneau, qui donne de la chaleur, on place un vase contenant un à deux litres d'eau, additionnée de la solution antiseptique suivante :

Acide phénique	280 gr.
Acide salicylique	25 —
Acide benzoïque	112 —
Alcool rectifié	468 —

L'appareil est placé près du lit et la vapeur concentrée sur le malade par un rideau entourant le fourneau et la tête du lit; on verse toutes les trois heures, dans les deux litres d'eau en ébullition sur le fourneau, une cuillerée à bouche de la solution qui représente acide phénique, 5 gr. ; acide benzoïque, 2 gr. ; acide salicylique, 1 gr.

S. M.

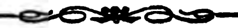
—

Injection anti-blennorrhagique.

Iodoforme pulvérisé	15 gram.
Acide thymique	0,15 c.
Glycérine neutre	110 gram.
Eau distillée	25 —

Mêlez. L'effet de ce médicament est sûr, son emploi facile.

S. M.



VARIÉTÉS

ENSEIGNEMENT LIBRE, COURS COMPLET D'ACCOUCHEMENT. — M. le Dr Verrier, préparateur à la faculté de Médecine, commencera ce cours le Lundi 15 septembre prochain, à 4 h., 129, rue St-Honoré, près la rue du Louvre.

Les leçons auront lieu tous les jours à la même heure, le Jeudi excepté. Le cours sera terminé pour la rentrée en Novembre.

Exercices pratiques avec le nouveau fantôme et le nouveau forceps.

On s'inscrit 129, rue St-Honoré de 1 à 3 heures.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Emile Blanc, à Lyon. Il s'était consacré à la spécialité des maladies du larynx. Sa thèse sur le cancer du larynx est une des premières monographies françaises sur cette affection, et les membres du congrès de laryngologie, qui a tenu sa dernière séance à Paris, se souviennent sans doute des observations qu'il leur a communiquées sur les kystes du larynx.

NOMINATIONS. — Par décret en date du 27 août, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Thomas, médecin en chef de la marine à l'hôpital principal de Toulon.

Au grade de chevalier : MM. Guiol, médecin-major du 4e régiment d'infanterie de la marine à Toulon ; Arnaud, médecin de 1re classe de la marine à Toulon ; Billaudeau, pharmacien-professeur de la marine à Toulon.



REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 *sept.* 1884. — Présidence de M. A. GUÉRIN

M. Jules GUÉRIN, à l'occasion du procès-verbal, lit une note de M. le docteur Bourguet (d'Aix), membre correspondant, adressée à l'Académie pour la séance de mardi dernier et qui ne lui a pas été communiquée, contrairement à l'usage.

Or, cette note semble à M. Guérin mettre hors de doute et hors de toute contestation les quatre points suivants :

1o Le choléra n'a pas été importé à Aix ;

2° On a pu y suivre l'évolution caractérisée de la constitution épidémique ;

3° Tous ces cas se sont montrés simultanément sur des points éloignés les uns des autres ;

4° Finalement, ces cas se sont manifestés successivement sur des sujets sans communication entre eux et sans communication antérieure avec les *points*, *sujets* et *objets préalablement infectés* dans d'autres localités.

Spectroscope.— M. BROUARDEL présente, de la part de M. Maurice de Thierry, un appareil, un spectroscope, qui permet de reconnaître de très petites taches de sang dans le liquide et sur les vêtements.

Rapport. — M. LE ROY DE MÉRICOURT lit un rapport sur les nouveaux remèdes proposés pour le traitement du choléra

Le bacille courbe. — M. LE ROY DE MÉRICOURT lit une note de la part de M. Treille, professeur à l'école de médecine navale de Rochefort. M. Treille rappelle que dans la diarrhée de Cochinchine, ou mieux diarrhée des pays chauds, on trouve dans les déjections un bacille courbe, un bacille en virgule absolument semblable à celui qui a été donné par M. Koch, comme la cause du choléra. Les préparations ont été envoyées par M. Treille à M. Straus qui a confirmé cette opinion. Le bacille courbe ne peut donc être considéré comme le signe caractéristique du choléra.

Enquête sur le choléra. — M. BROUARDEL soumet au vote de l'Académie les conclusions du rapport qu'il a lu dans la dernière séance.

La première conclusion demande l'institution d'une enquête administrative dans le but de faire connaître les causes démontrées ou présumées de l'apparition des épidémies cholériques en France, de leur marche et de leur développement.

(Cette conclusion est adoptée après des observations de MM. Blot, Guéneau de Mussy, Brouardel et Jules Guérin).

La seconde conclusion a trait à l'examen des eaux qui s ent à l'alimentation (Adopté).

Les matières fécales ne devront jamais polluer les cours d u ni être répandues à l'air libre sur le sol, ni jetées sur les fu iers.

M. Bouley craint que cette mesure puisse ne pas être applicable dans certains pays, comme les Flandres, où l'agriculture se sert d'engrais humains ; les matières fécales, déjà fermentées dans de grandes cuves, sont répandues librement sur le sol, sans qu'on ait jamais remarqué que les épidémies eussent plus de fréquence, ni plus de gravité dans ces pays.

M. Léon Colin. Les conclusions de M. Brouardel portent sur des points d'hygiène absolument générale, banale ; elles peuvent s'appliquer à toutes les maladies. Pour ne pas grandir l'effroi que cause le choléra, maladie qui donne beaucoup moins de morts que la fièvre typhoïde, par exemple, il pense qu'il serait bon de dire qu'on veut appliquer ces mesures à toutes les maladies épidémiques. M. Colin est un peu de ceux qui sont disposés à considérer le choléra comme un fantôme ; la fièvre typhoïde joue un rôle beaucoup plus considérable et plus permanent.

M. Brouardel donne satisfaction à M. Colin en modifiant ainsi le début de la dernière conclusion : Quelle que soit la maladie épidémique que l'on veuille combattre, les eaux qui servent à la consommation doivent être exemptes de toute souillure.

La troisième conclusion est adoptée avec cette réserve que les matières fécales ne pourront être répandues à l'air libre sur le sol *dans le voisinage des habitations.*

La quatrième conclusion est celle-ci : L'administration chargée de l'hygiène publique est invitée à centraliser tous les documents capables de l'éclairer sur chaque localité au point de vue de l'hygiène. Ces documents lui seront fournis par la statistique, par les médecins des épidémies, par les conseils d'hygiène des arrondissements, par les bureaux d'hygiène dans les grandes villes (Adopté).

5° L'administration est priée d'étudier dans quelles conditions pourrait être établi un bureau international d'hygiène permettant de grouper tous les documents relatifs aux épidémies et de signaler leur apparition dans les divers pays.

M. Le Roy de Méricourt signale les difficultés de l'établissement de ce bureau international qui lui paraît une utopie. Il faudrait des fonds considérables et une entente qui ne peut avoir lieu : l'Angleterre, par exemple, étant absolument oppo-

sée aux quarantaines qui nuiraient à son commerce et qui sont demandées au contraire par les races latines.

M. Proust. Si cette commission conserve un caractère purement scientifique, si elle reste un simple bureau d'avertissement, les difficultés signalées par M. Le Roy de Méricourt ne se présenteront pas.

M. Léon Colin croit que des médecins même ne seraient pas suffisamment libres. Il ne faudrait pas remonter bien loin, pour voir que des médecins, même très haut placés, peuvent dans une mission subir l'influence de leur situation officielle et hésiter longtemps avant de fixer le caractère d'une épidémie.

M. Brouardel relève l'allusion que vient de faire M. Colin pour la seconde fois à sa mission à Toulon; ni lui, ni M. Proust ni M. Rochard n'ont subi aucune influence. Ils n'avaient aucun mot d'ordre du gouvernement, le regret d'être en désaccord avec M. Fauvel ne devait pas les arrêter, et ils ont télégraphié au ministre qu'il s'agissait du choléra asiatique dès qu'ils en ont eu les preuves certaines.

M. L. Colin, s'il avait fait partie de la commission envoyée à Marseille et à Toulon, aurait comme les autres beaucoup hésité avant de prononcer le mot de choléra asiatique, et ce mot ne serait venu sous sa plume qu'après avoir été écrit par beaucoup d'autres ; tandis qu'à Paris, n'ayant aucune responsabilité, n'ayant pas besoin de peser ses paroles, fixant son opinion d'après les dépêches des journanx, il a pu, dès qu'il a vu éclater un grand nombre de cas de choléra, dans une ville qui n'en fournit pas autant d'ordinaire, affimer qu'il s'agissait là de choléra d'importation. Cela montre précisément combien il est difficile d'obtenir un accord entre un certain nombre de médecins ayant un caractère officiel et envoyés par des gouvernements ayant des intérêts différents.

6° Un enseignement spécial de l'épidémiologie sera organisé dans les diverses Facultés de médecine.

MM. H. Gueneau de Mussy et J. Guérin proposent de substituer à ce vœu la création d'un bureau central d'hygiène. (Adopté).

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 août 1884. — Présidence de M. MARC SÉE.

M. POLAILLON présente un malade auquel il a fait avec succès, par un procédé particulier, la restauration du nez, dont l'aile droite avait été complètement détruite.

M. POLAILLON donne ensuite des nouvelles de la malade à laquelle il a pratiqué l'ablation d'une masse polypeuse attachée au fond de l'utérus et ayant amené l'inversion complète de cet organe.

Il y a trois semaines que cette femme a été opérée ; la cavité péritonéale, comme on sait, avait été ouverte et la plaie avait été fermée au moyen du serre-nœud de M. Périer. Le serre-nœud est tombé vers le quatorzième jour et l'on a constaté que la cavité péritonéale était oblitérée. La malade a eu de la septicémie, mais voilà maintenant trois semaines qu'elle a été opérée et il y a lieu de croire qu'elle pourra être sauvée.

M. DESPRÈS présente un malade, jeune homme de 27 ans, à qui il a pratiqué l'amputation de la cuisse pour une gangrène de l'extrémité du membre inférieur droit. Ce malade était entré à la Charité, dans le service de M. Desnos, pour des douleurs très vives qu'il éprouvait dans les deux membres inférieurs, principalement dans celui du côté droit. Dans une consultation qui eut lieu entre M. Desnos et M. Desprès, le diagnostic gangrène des extrémités fut établi, et l'on convint d'appliquer des vésicatoires et de donner de l'iodure de potassium. Malgré ce traitement, les douleurs devinrent tellement violentes qu'il fallut recourir aux injections de morphine répétées jusqu'à dix fois par jour. En même temps, une plaque noire apparut à l'orteil et envahit progressivement le pied.

Vers le 7 juillet, le malade avait de la fièvre, le soir, avec une température de plus de 38° et des sueurs profuses. Il passa alors du service de M. Desnos dans celui de M. Desprès, qui, sur ses instances, se décida à lui pratiquer l'amputation du membre.

Bien que la gangrène ne remontât pas au-dessus de l'articu-

culation tibio-tarsienne, M. Desprès crut devoir sacrifier toute la jambe et faire l'amputation au niveau du tiers inférieur de la cuisse. Dans un cas où il avait pratiqué, pour une gangrène du pied, une amputation au tiers supérieur de la jambe, il a reconnu, après l'opération, qu'il y avait une gangrène des muscles du mollet ; et cependant il existait un sillon d'élimination parfaitement caractérisé. De ce jour, M. Desprès jura de ne plus faire l'amputation de la jambe pour une gangrène du pied, et de recourir de préférence à l'amputation de la cuisse pour des gangrènes qui remontaient jusqu'au genou, et il a constaté, après l'opération, que la gangrène existait dans les muscles de la cuisse.

Voilà pourquoi M. Desprès a pratiqué l'amputation de la cuisse pour une gangrène du pied. Toutes les artères du membre qui donnaient du sang ont pu être liées sans que l'on constatât la moindre trace d'ossification dans les vaisseaux. L'examen de la partie du membre enlevée n'a fait découvrir pareillement ni oblitération des artères, ni incrustation de leurs parois, ni embolie, ni, en un mot, aucun des caractères assignés à la gangrène dite *sénile*. Bien que le malade eût les apparences d'un cachectique, il n'y avait pas d'albumine dans les urines ; il n'existait pas non plus de signe d'aucune autre dyscrasie.

Toutefois, le malade était syphilitique depuis un an, et la syphilis manifestée d'abord par un chancre induré, puis par des plaques muqueuses, était chez lui en pleine évolution lorsque M. Desprès lui a pratiqué l'amputation de la cuisse. En dépit des nouvelles doctrines qu'on cherche à faire prévaloir touchant le danger des opérations pratiquées chez les individus ayant des états diathésiques, le malade a parfaitement supporté son opération ; la température n'est pas montée au-dessus de 39°, si ce n'est le 26 juillet, où le thermomètre a marqué 40° par suite de la rétention du pus, pour descendre, dès le lendemain, à 38°, puis à 37°5, température qui n'a plus varié jusqu'à ce jour. Le malade, arrivé au vingt-huitième jour de son opération, se lève et se promène depuis six jours sans éprouver de ·tigue ; il peut être, dès à présent, considéré comme étant ·mplètement guéri, bien que la plaie ne soit pas encore tout à t cicatrisée.

M. Desprès a pratiqué cinq fois l'amputation pour des cas de

gangrène des extrémités ; c'est la première fois qu'il voit un malade guérir aussi facilement des suites de cette opération. C'est là un fait qui lui a paru assez exceptionnel pour mériter d'être communiqué à la Société de chirurgie. Le pansement, d'ailleurs, a été celui que M. Desprès se plaît à désigner sous le nom de pansement « sale », fait avec le vieux cérat des hôpitaux, et qu'il aime à opposer à la luxueuse propreté des pansements antiseptiques.

Le malade de M. Desprès est amené dans la salle des séances, et son moignon, débarrassé des pièces du pansement sale affectionné par M. Desprès, est mis sous les yeux des membres de la Société de chirurgie.

M. Léon Labbé fait remarquer que le moignon sent horriblement mauvais. Il demande à M. Desprès quel inconvénient il peut trouver à la propreté des pansements et quel avantage à ce dédain systématique qu'il professe pour les progrès que la pratique chirurgicale a accomplis sur ce point dans ces dernières années?

M. Berger fait remarquer qu'il existe certaines variétés de gangrène spontanée dont la pathogénie nous échappe. Il a eu l'occasion d'observer un jeune homme qui, sans nul antécédant morbide, au milieu des conditions d'une bonne santé habituelle, fut pris de douleurs excessives dans les extrémités inférieures, suivies de l'apparition de plaques gangreneuses sur le pied et la partie inférieure de la jambe. Pendant tout le temps que le malade a passé dans les salles de l'hôpital, il n'a pas été possible de découvrir le moindre signe d'une affection dyscrasique, d'une cause, soit générale, soit locale, capable de donner l'explication de cette maladie. Dans les recherches qu'il a faites à cette occasion dans la littérature médicale française ou étrangère, M. Berger a constaté que, parmi les causes indiquées par les auteurs dans l'étiologie de la gangrène spontanée, pas une seule ne s'appliquait à ce cas.

En ce qui concerne la conduite à tenir par le chirurgien en pareille circonstance, M. Berger, tout en admettant que, dans certains cas, on peut pratiquer l'amputation comme l'a fait M. Desprès, en remontant très haut, loin du siège de la gangrène, sans attendre la délimitation complète du mal, cependant son

expérience personnelle le fait incliner vers le principe de la non-intervention avant que la gangrène ne soit séparée elle-même par délimitation des parties saines. En effet, ayant pratiqué l'amputation de la cuisse dans un cas de gangrène limitée en apparence au pied et à la partie inférieure de la jambe, il a trouvé, après l'opération, une altération de l'artère fémorale tellement marquée qu'il ne fut pas possible d'en pratiquer la ligature et qu'il dut employer la forcipressure à l'aide de deux pinces appliquées l'une au-dessus de l'autre ; le lendemain, le moignon était envahi par la gangrène.

M. Lucas-Championnière ne trouve pas que le malade de M. Desprès puisse être considéré comme guéri et mis à l'abri de toute récidive. Il a amputé, il y a quelque temps, un jeune homme atteint de gangrène sénile et chez lequel la récidive se fit assez longtemps attendre après l'opération. Il est vrai que les parois artérielles étaient épaissies et les vaisseaux altérés.

On connaît assez mal, du reste, les conditions étiologiques qui président au développement de ces gangrènes. M. Lucas-Championnière a été appelé récemment auprès d'un jeune homme atteint d'albuminurie et qui, trois jours auparavant, avait présenté quelques taches gangreneuses sur le pied. Il fut stupéfait de voir tout le membre inférieur réduit en quelque sorte à l'état de bouillie par suite des progrès de cette gangrène véritablement foudroyante ; il n'avait jamais rien vu de semblable.

M. Reclus pense que souvent, même quand il s'agit de vieillards, il est difficile d'expliquer certains faits de gangrène spontanée. Chez un vieillard de Bicêtre, dont les artères étaient ossifiées et dont, en particulier, l'artère dorsale de la verge était extrêmement épaissie, M. Reclus a vu survenir une gangrène de la verge, bien que l'artère fût restée absolument perméable jusque dans le foyer de la gangrène. L'autopsie n'a fait découvrir aucune espèce d'oblitération artérielle.

A Sainte-Foy, dans le département de la Gironde, M. Reclus a été appelé auprès d'un vieillard de 72 ans atteint de gan-ne spontanée des extrémités. Malgré son âge, cet homme présentait aucun signe de déchéance organique et il eût facilement cacher quinze années de son âge. L'examen des nes ne révéla l'existence d'aucune dyscrasie, et il fut im-

possible de découvrir quoi que ce fût qui expliquât l'apparition de cette gangrène qui remontait jusqu'au genou.

La pathogénie de la gangrène dite sénile est donc encore entourée d'obscurités.

M. Desprès estime que, depuis les travaux de François, il a été ajouté peu de chose à ce que ce chirurgien a écrit touchant la gangrène spontanée chez les vieillards. La science lui paraît fixée sur ce point. Pour lui, dans toutes les autopsies qu'il a eu l'occasion de faire, il a toujours trouvé des lésions artérielles, endartérite, ossifications, incrustations calcaires, épaississement des parois, oblitérations par des caillots, etc. ; mais, en ce qui concerne la gangrène spontanée chez les jeunes gens, comme MM. Berger, Lucas-Championnière viennent d'en citer des exemples, auxquels il faut ajouter celui du malade actuellement présenté à la Société de chirurgie, M. Desprès déclare que la pathogénie de ces faits n'est nullement éclaircie. L'asphyxie locale de Maurice Raynaud ne suffit pas à les expliquer.

Pour justifier la conduite qu'il a tenue en cette circonstance, M. Desprès rappelle que son malade éprouvait des douleurs tellement violentes qu'il réclamait des piqûres de morphine plus de dix fois dans la journée et suppliait instamment qu'on le débarrassât de son membre. Il croit qu'à partir du quinzième au vingtième jour après l'opération, il n'y a plus à craindre le retour de la gangrène et que son malade peut être justement considéré dès à présent comme entièrement guéri, bien qu'il existe encore sur le moignon quelques points de suppuration.

M. Lannelongue a eu l'occasion d'observer à Bicêtre la gangrène des vieillards, et il a constamment trouvé, à l'autopsie, l'altération des parois artérielles et l'oblitération du calibre de ces vaisseaux. D'ailleurs, de ce que l'on n'a pas toujours constaté cette oblitération, ce n'est pas une raison pour dire qu'elle n'existe pas.

M. Lannelongue a également observé la gangrène spontanée chez les enfants, et il a constaté aussi l'oblitération des branches artérielles se rendant à la partie atteinte de gangrène. La marche de la maladie peut être très rapide ; il a vu parfois en cinq ou six jours les deux membres inférieurs et les oreilles envahis par la sphacèle. Mais cette marche est généralement

plus lente. Il a toujours vu une altération des parois, les signes de l'artérite et de l'endartérite, avec ou sans oblitération. Toutefois, il admet que, dans un certain nombre de cas, la gangrène spontanée peut exister sans qu'il y ait dans l'économie rien qui en explique le développement.

M. le Président annonce que la Société de chirurgie entre en vacances ; la rentrée aura lieu le mercredi 1er octobre.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 26 mars 1884. — Présidence de M. Michel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu, mis aux voix et adopté.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Paulin, priant de remettre à la prochaine séance la lecture de sa communication sur l'œsophagisme à la suite d'accidents de dents de sagesse,

La correspondance imprimée comprend un nº de la *Revue Médicale et Scientifique d'Hydrologie et de Climatologie Pyrénéennes*, quatre numéros de la *Revue Médicale Française et Étrangère* et le *Bulletin Médical du Nord*.

M. Finot donne lecture de son rapport sur l'honorariat de M. Douvillé. Le rapport conclut à l'acceptation de la demande.

M. Rœser présente un ténia trouvé dans l'intestin d'un lapin de garenne. M. Rœser demande si quelqu'un des membres de la Société a connaissance de particularités sur ce genre de ténia.

M. Picard dit qu'il a fréquemment trouvé des ténias chez les lapins, lièvres, perdreaux et même chez les poissons dans le Loiret.

M. Julliard a la parole, à propos de différentes modifications apportées à la confection du nouveau Codex.

Il signale les modifications suivantes :

Dans le gargarisme au chlorate de potasse, la dose de sel est diminuée de moitié : 5 grammes de sel au lieu de 10 gr.

Dans le gargarisme astringent, la dose d'alun est portée à 5 g au lieu de 4 gr.

ans les limonades minérales la dose des acides est de 0 gr. 2 ent. au lieu de 2 gr., par suite d'une erreur qui ne peut r aquer d'être rectifiée.

Dans les pâtes de lichen et de réglisse on a diminué d'un tiers la dose d'extrait d'opium : 0 gr. 02 centigr. au lieu de 0 gr. 03 centig. pour cent grammes.

La potion antispasmodique opiacée, d'après le nouveau Codex, contient sensiblement 1/3 d'extrait d'opium de plus que l'ancienne.

Dans la poudre de Dower, la poudre de réglisse est supprimée, la dose d'extrait d'opium est descendue de 0 g. 09 centig. à 0 gr. 05 centigr.

Les sirops de citrate de fer et de tartrate de fer et de potasse étaient aromatisés anciennement à l'eau de cannelle remplacée aujourd'hui par de l'eau distillée simple.

La formule du vin diurétique de Trousseau a été profondément remaniée; mais la réforme principale porte sur la digitale dont la dose a été diminuée de près des deux tiers.

Le vin de quinquina est fait de nouveau avec le quinquina gris comme en 1837 ; dans le Codex de 1866, le kalysaya avait remplacé le kina gris ; de plus, au lieu que le vin de quinquina soit fait avec 60 grammes par litre, le Codex actuel n'en met plus que 50 gram. Telles sont, dit M. Jullian, les principales remarques que l'on peut faire à une première lecture rapide.

M. Duroy signale l'anarchie qui existe actuellement en pharmacie. Il insiste surtout sur la préparation de certains sirops composés préparés actuellement en mélangeant des extraits faits d'avance avec des sirops, au lieu de les faire comme auparavant avec un soin et des précautions considérables. Il signale à ce point de vue, le sirop anti-scorbutique d'une façon particulière.

M. Boutin parle du chlorate de potasse expérimenté par Isambert, et des accidents qu'on l'a accusé d'avoir causé chez une enfant, qui serait morte pour avoir pris un gramme de chlorate de potasse.

M. Bouloumié dit que des accidents d'empoisonnement ont été observés sur des enfants avec le chlorate de potasse.

M. Michel dit que les sels de potasse en général ont été accusés d'être toxiques.

M. Boutin rappelle la condamnation d'une infirmière de l'hôpital Tenon pour avoir donné 1 gr. de chlorate de potasse.

M. Chauveau dit qu'il s'agissait de paquets de cinq grammes.

M. Douvillé est nommé membre honoraire de la Société.

La séance est levée à 5 h. 35.

Séance du 23 *avril* 1884. — Présidence de M. Ed. Michel.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu est adopté.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de renseignements de M. Douvillé, nommé membre honoraire, et une lettre de candidature au titre de membre titulaire adressée par le docteur Cotté.

La correspondance imprimée comprend un mémoire de M. le Dr Moncorvo sur le traitement de la coqueluche par la résorcine, plusieurs nos de la *Revue médicale Française et étrangère*, la *Revue médicale d'hydrologie* et de *climatologie pyrénéennes* et le *Bulletin médical du Nord.*

M. Dehenne lit un rapport favorable sur la candidature du Dr Barette au titre de membre titulaire.

M. Puy-le-Blanc lit une observation de maladie pédiculaire méconnue et prise pour un eczéma généralisé. Mis en demeure de dévoiler la vraie cause des démangeaisons ou d'approuver l'erreur de diagnostic d'un confrère distingué, il s'est contenté de prescrire le traitement antiparasitaire, sans s'expliquer. Il demande si la Société approuve sa conduite ou s'il aurait dû prévenir le malade en vue de la contagion possible de l'entourage.

La Société approuve la conduite de M. Puy-le-Blanc.

M. Nicolas (de la Bourboule) donne lecture de la communication suivante :

Note sur un cas de bériběri observé à Paris.

Je n'ai pas l'intention de vous faire l'histoire du bériběri, mais seulement de vous entretenir d'un cas particulier que j'ai eu l'occasion d'observer à Paris, chez un jeune garçon de 14 ans, d'origine chinoise, que je soignais en commun avec M. le Dr de Vitré.

Je fus appelé pour la première fois auprès de lui le 14 novembre 1883. Je lui trouvai de la fièvre, une température de 38 à 39 degrés, de l'accablement, un peu de douleur abdominale, de l'inappétence, une langue saburrale, de la constipation. Comme nous étions en pleine épidémie, je diagnostiquai une

fièvre typhoïde ; M. de Vitré fut appelé le lendemain et confirma le diagnostic. La malade se trouvant chez des étrangers, dans une famille qui pouvait craindre pour ses propres enfants, nous décidâmes l'envoi à la maison municipale de santé où le diagnostic fut confirmé.

La maladie, toutefois, resta bénigne et ne me paraît pas avoir évolué comme une fièvre typhoïde ordinaire; au bout de quinze jours, la famille crut devoir reprendre le malade, dont la convalescence paraissait en très bonne voie et ne laissait qu'un peu de faiblesse. Nous conseillâmes le repos, un bon régime et le séjour à la chambre,

On craignait toujours la contagion ; nous prîmes toutes les précautions que nous jugions nécessaires ; mais sans rien exagérer. Sur ces entrefaites, le tuteur de l'enfant, qui est anglais, vint le visiter ; il critiqua fort le défaut d'aération de la pièce où on le maintenait ; et imbu des idées qui ont cours en Angleterre, exigea l'ouverture des fenêtres, et le traitement à l'air libre dont beaucoup de nos confrères sont également partisans. Je m'opposai à cette ventilation excessive, et menaçai de me retirer si l'on y persistait. M. de Vitré fut de mon avis. Mais, à notre insu, la méthode fut appliquée quand même ; et plusieurs fois il m'arriva de trouver les fenêtres entr'ouvertes au moment de ma visite.

C'est sans doute à cette hygiène paradoxale qùe doit être attribué un épanchement pleurétique qui se déclara tout à coup avec douleur et fièvre.

Cette fièvre toutefois présentait cette particularité qui m'avait frappé, dès le début, que la fréquence du pouls : 100, 120, 140, contrastait avec la température qui oscillait entre 36 et 37 degrés. En outre, ce pouls fréquent était d'une excessive petitesse et plutôt misérable ; l'auscultation du cœur ne révélait rien qu'un défaut d'énergie.

La pleurésie fut traitée par les moyens ordinaires. L'épanchement, qui était notable, diminua peu à peu sous l'influence du nitrate de potasse et des vésicatoires, en même temps que nous relevions l'énergie cardiaque par la digitale. Le régime tonique fut maintenu ; l'alimentation était saine et relativement abondante.

Tout semblait rentrer peu à peu dans l'ordre ; les forces re-

venaient ; le malade paraissait en plein rétablissement, et je commençais à espacer mes visi tes, lorsqu'un jour la famille me rappela pour me faire constater un œdème léger de la face. Ce fut alors seulement que je songeai au béribéri. Je fis part de mes craintes à M. de Vitré, qui partagea mon opinion et en associant nos impressions, nous n'eûmes bientôt plus de doutes. Nous portâmes le diagnostic : béribéri, qui devenait, dans notre pensée, un arrêt de mort, à courte échéance.

Je ne vous ai pas dit que ce jeune Chinois, élevé en France depuis sa plus tendre enfance, avait, pendant ses vacances de 1882, fait un voyage en Chine où il avait séjourné un mois. Cette circonstance qui m'était connue dès le premier jour ne pouvait me suggérer la pensée d'une infection parasitaire en raison de la brièveté du séjour au foyer de l'endémie; d'ailleurs, il n'était pas question, à cette époque, du microbe du béribéri, qui paraît avoir été découvert depuis. Au contraire, l'apparition de l'œdème de la face, dans les conditions que j'ai dites, et en présence de la fréquence et de l'excessive faiblesse du pouls, qui ne se relevait qu'à peine sous l'influence de la digitale, ne me laissa plus de doute.

J'ai observé une épidémie de béribéri sur un navire d'immigrants africains, en 1861, à une époque où cette maladie était fort peu connue et où, pour mon compte, je ne la connaissais que de nom. Le mémoire de MM. Fonssagrives et Le Roy de Méricourt, qui l'ont surtout fait connaître en France, avait été publié depuis mon départ et pendant que j'étais en mer. Cette épidémie, qui nous donna 56 cas mortels, sur un convoi de 240 émigrants noirs, et dans laquelle, l'œdème cutané fut le seul symptômes appréciable, pendant une longue période de la maladie, me préoccupa beaucoup, comme on pense, et quand j'eus à la décrire, dans mon Rapport de fin de campagne, je ne trouvai pas d'autre nom pour la désigner que celui *d'anasarque essentielle*, sous lequel M. Le Roy de Méricourt à découvert le béribéri, lorsqu'il a compulsé nos rapports pour la rédaction de l'article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Si je rappelle cette épidémie du *Méridien*, c'est que j'ai insisté, dans la description que j'en ai donnée, sur l'importance de l'œdème de la face, qui seul me permettait de reconnaître

l'invasion de la maladie chez nos nègres, en apparence bien portants ; il me semble que ce symptôme, dans de telles conditions, suffit à déceler une maladie constitutionnelle, qui ne peut être que le bériberi.

J'ajoute que, dans ce rapport, j'attribuais avec beaucoup de réserve, il est vrai, l'origine de la maladie à l'usage du riz, dans lequel M. de Lacerda, a, depuis, trouvé son microbe ; mais nous ne pouvions, à cette époque, avoir l'idée d'une infection parasitaire telle qu'on la conçoit aujourd'hui.

Chez notre malade, l'hydropisie fut bientôt généralisée, tout en la maintenant dans des limites modérées ; l'albumine fut constatée dans les urines au début du mal ; mais elle disparut au bout de peu de temps. Le foie était volumineux, au-delà même des proportions qu'il atteint dans la race à laquelle appartient le malade ; mais bien qu'il attirât tout d'abord l'attention, ce développement du foie ne suffisait pas à expliquer l'hydropisie ; nous ne nous y arrêtâmes pas ; et un des médecins les plus distingués de Paris, dont nous invoquâmes les lumières, sans lui communiquer, d'abord, notre diagnostic, fut d'avis que la nature du mal ne se rapportait à aucun type connu.

Le malade a été envoyé dans une localité du Midi, où notre diagnostic, consigné dans une lettre d'envoi, ne paraît pas avoir été accepté du médecin traitant ; mais la maladie a continué à progresser jusqu'au printemps de 1883, époque à laquelle le malade a été envoyé à Vichy, où il est mort émacié, sans avoir présenté d'autres symptômes importants, à ma connaissance du moins, que son hydropisie progressive.

Les noirs que j'ai vus mourir à bord du *Méridien* s'éteignaient ainsi sans convulsions ni paralysie ; mon attention ne s'était pas portée alors sur le défaut d'énergie du cœur : les nègres ont, en général, le pouls misérable, au moins les esclaves immigrants ; mais je présume que cette particularité physiologique n'est pas étrangère à l'évolution du mal, et je me permets d'appeler sur ce point l'attention des observateurs.

J'ai eu l'occasion de faire deux ou trois autopsies ; mes souvenirs, à cet égard, ne sont pas précis, et je n'ai pu retrouver mon rapport de fin de campagne — mais, dans ces autopsies, faites, il est vrai, à la hâte et de manière à ne pas effaroucher

les nègres, je n'ai trouvé que de la décoloration des tissus, sans traces de dégénérescence. Avec plus de soin, on trouverait, je n'en doute pas, une altération du tissu musculaire du cœur.

Vous savez, messieurs, que la forme hydropique du béribéri, dont il s'agit ici, n'est pas la seule ; mais, pour ma part, je n'ai observé que celle-là.

Aucun traitement n'a donné jusqu'à présent de résultats. Il ne suffit pas, comme vous le voyez, de supprimer l'usage du riz pour enrayer le mal, bien que le Dr Simmons, dans un mémoire que j'ai analysé récemment pour le *Journal d'Hygiène* (24 août 1882), attache une certaine importance à cette suppression. La maladie s'est montrée presque toujours mortelle, et le pronostic doit être toujours défavorable. Elle peut durer de quelques heures à quelques mois. Dans le cas dont il s'agit elle a duré plus d'un an.

En terminant, je m'excuse du peu de précision de cette observation ; mais il m'a paru qu'elle était intéressante, au point de vue des déductions suivantes qui s'en dégagent :

1° Le béribéri peut s'observer à Paris chez des sujets de races prédisposés, qui n'auront fait qu'un court séjour dans les foyers endémiques.

2° Il peut donner le change, en temps d'épidémie typhoïde ; et ce point a son importance, en raison du pronostic défavorable.

3° Dans mes observations, il a débuté par l'œdème de la face dans l'universalité des cas, avec ou sans prodromes. L'épanchement pleurétique signalé dans le cas présent me paraît avoir été accidentel.

4° Le défaut d'énergie du cœur me paraît relier cette forme du béribéri hydropique aux formes atrophiques qui ont été observées concurremment avec la forme hydropique dans les localités d'élection et, d'une manière générale, l'atrophie me paraît jouer un rôle plus important qu'on ne le suppose dans cette affection, où la paresse de l'innervation générale ou partielle s'accuse dès le début, dans tous les cas, et indique un trouble e nutrition des centres nerveux, quelles qu'en soient la nature la cause. Je n'ai pas à examiner si le point de départ est une yélite diffuse comme le veut M. Treille, ou une hydromyé-, comme le professe M. Féris.

Mais l'opinion que j'émets se rattache à la leur au point de vue de la nature nerveuse du mal. Les deux formes : hydropique et paralytique ou atrophique, qui sont d'ailleurs souvent confondues dans des formes mixtes participant de l'une et de l'autre, se distingueraient en ce que les foyers d'innervation du cœur échappent aux causes atrophiques dans la seconde des deux formes essentielles et seraient, au contraire, primitivement atteints dans la première.

M. Paulin a observé un malade chez lequel deux tumeurs de la taille d'une amande se sont développées dans la gaine de la verge, dans l'espace de 24 heures. L'une d'elles, ponctionnée, a donné passage à une matière caillebotée. M. Paulin demande si quelque membre de la Société a observé un fait analogue.

M. Reliquet pense que ces deux tumeurs n'étaient autres que deux kystes sébacés développés lentement dans le fourreau de la verge et dont le malade ne s'est aperçu qu'à un moment donné.

M. Barette est nommé membre titulaire de la Société.

La séance est levée à 5 heures vingt.

Le Secrétaire annuel,
L. Deniau.

Le Gérant : Dr A. Lutaud.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

4e Année. — T. VII. N° 11 13 Septembre 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES. — LA SESSION DE 1887. — BERLIN OU WASHINGTON ?

Nous avons parlé, dans un précédent Bulletin, de l'ouverture du Congrès de Copenhague. En attendant que nous puissions rendre compte des principales communications faites à cet important meeting, nous devons entretenir nos lecteurs des incidents qui ont terminé la session et de la discussion qui a précédé la décision fixant à Washington le siège du Congrès pour l'année 1887.

Le Congrès a tenu successivement ses séances à Paris, à Florence, à Vienne, à Genève, à Amsterdam, à Londres et à Copenhague. A l'exception de l'Allemagne, de la Russie et de

FEUILLETON

LE PARNASSE HIPPOCRATIQUE

Pour continuer la série un peu interrompue de notre Parnasse, nous abordons avec M. Hugues, le jeune poète marseillais, la question des microbes. Nous connaissions les bonnes rimes du chantre phocéen ; mais nous étions loin de nous douter qu'il eût abordé le Parnasse hippocratique. Qu'on en juge par les vers suivants qui ont pour titre : *Le microbe malade.*

Quand il nous vint des bords du [Gange,
Le microbe gluant et nu
Souffrait d'un mal étrange
Que Brouardel a reconnu.

Même quand il boit et dérobe
Sa chaleur au sang épaissi,
Il est malade, le microbe :
Il a ses microbes aussi !

A force d'avoir tué l'homme
Crédule en l'éternel avril,
Ce pauvre ver dépérit comme
S'il était signé Lorgeril.

On croit qu'il avance, il recule.
Rien de vigoureux dans l'effort
De son petit corps en virgule
Ponctuant l'œuvre de la Mort.

l'Espagne, toutes les grandes nations européennes ont tenu à honneur de recevoir le Congrès médical. C'était donc au tour de l'Allemagne, aussi M. Virchow n'a-t-il pas manqué de proposer Berlin. Malgré toutes les circonlocutions qui ont entouré sa proposition, le célèbre pathologiste, dont les sentiments gallophobes sont malheureusement trop connus, a rencontré une vive opposition. Parlant au nom de la Société de Médecine de Berlin, Virchow a dit : « Je suis convaincu que le Congrès prochain sera aussi complet et aussi nombreux que les précédents s'il se réunit à Berlin. Si l'Allemagne n'a pas envoyé d'invitation, c'est qu'elle n'avait pas à en faire, le Congrès ayant toujours la faculté de choisir le lieu de ses séances. Mais si le Congrès veut aller à Berlin, je puis affirmer que la Société de médecine de cette ville fera aux médecins étrangers une réception digne d'elle et d'eux. Nous ferons peut-être moins bien les choses que nos confrères danois qui ont rendu la tâche difficile à leurs successeurs ; mais nous ferons de notre mieux et aussi cordialement que possible. Nous espérons donc qu'aucune nation ne refusera l'hospitalité que nous serons heureux d'offrir. »

C'est en vain que l'Inde profonde,
Cuve où sans fin pourrit la chair,
Avant de le donner au monde
L'a trempé des poisons de l'air.

En vain les fleurs chaudes de fièvres,
Lourdes de miasmes subtils,
Ont à ses invisibles lèvres
Collé le baiser des pistils.

L'orage lourd, battant de l'aile,
L'a bercé le long du hallier,
Sous l'eau fétide qui ruisselle
Des feuilles du mancenillier.

Les serpents couchés dans la plaine,
Entre les joncs et les roseaux,
L'ont abreuvé de leur haleine
Qui met en fuite les oiseaux.

Mais il n'est pas resté féroce,
Il s'apprivoise, et nous rions :
Dans la goutte d'eau le volvoce
Le blague avec les vibrions.

Il est vieux, il est asthmatique.
Si quelque dieu, pour s'amuser,
Ballonnait son ventre élastique,
On pourrait l'entendre tousser.

Il ne dévore pas, il broute.
Pasteur, en un style incisif,
Ecrit sur sa feuille de route :
— « Asiatique, mais chétif. »

Et nous faisons par les étoiles
Constater, au nom des vivants,
Devant le claquement des voiles
Secouant la mort dans les vents,

Que Ferry, le maître suprême,
Le Bouddha qu'on sert à genoux,
N'aura pas su nous donner même
Des microbes dignes de nous !

CLOVIS HUGUES.



Vacances médicales. — Voir pour les postes médicaux vacants aux annonces.

Tout cela était bien dit, maître Virchow, et dans cette langue française que vous parlez si bien *quand vous le voulez*. Mais bien des membres français avaient encore présente à l'esprit l'attitude gallophobe dont vous étiez si fier il y a cinq ans au Congrès d'Amsterdam. Vous aviez alors oublié le français, langue officielle du Congrès, et vous affectiez de ne parler que l'allemand. Vous avez bien changé depuis. Pourquoi ? Je n'en sais rien. Mais cette conversion n'a trompé personne, et vous en avez été pour vos frais d'éloquence. Il est possible que le Congrès aille un jour en Allemagne, car la science n'a pas de patrie ; mais il faudra des hommes plus droits et plus sympathiques que vous pour réconcilier les médecins français avec la Prusse.

Aussi devons-nous remercier chaudement M. Trélat qui, avec autant d'habileté que de tact, a su vaincre notre rivale devant la commission qui se serait volontiers laissée entraîner par les belles déclarations de M. Virchow. « Berlin est assurément un grand centre scientifique, a dit le sympathique professeur, et nous ne doutons pas que la réception soit digne des médecins qui l'auront préparée comme de ceux qui l'auront acceptée. Mais en dehors des savants allemands, qui n'ont en vue que les intérêts de la science, il y a dans la capitale de la Prusse une immense population qui n'est peut-être pas animée des mêmes sentiments. Il y a donc lieu de craindre que les médecins français rencontrent pendant leur séjour à Berlin des choses de nature à leur rappeler leur récente douleur. »

On ne pouvait parler plus noblement et plus habilement. Non ! la France ne peut encore aller en Allemagne. Si le Congrès n'était qu'une simple réunion scientifique, peut-être ? Mais ces meetings internationaux sont, avant tout, des assemblées où la question scientifique côtoie la question sociale. La sympathie et la cordialité des relations internationales en font le principal attrait. Or, il nous est impossible d'aller banqueter en Allemagne. Nous voyez-vous porter un toast à la santé de l'empereur Guillaume, ou de son grand-chancelier ?

Après avoir écarté l'Allemagne, on a parlé de la Russie. Mais i faut, paraît-il, la permission du czar, qui ne serait pas très sposé à la donner. Les médecins ont toujours la réputation tre un peu révolutionnaires. On aime peu cela en Russie.

Restait encore l'Espagne dont les médecins suivent assidûment les séances du Congrès; mais nos confrères castillans n'avaient pas fait d'invitation.

Mais pourquoi ne venez-vous pas en Amérique? a dit le sympathique Dr John Billings. Les États-Unis ont envoyé une cordiale invitation et ont proposé Washington. Quoi ! disent nos vieilles barbes européennes, aller en Amérique, pourquoi pas en Chine ? Un bon prussophile belge, M. Crocq, proteste énergiquement et persiste à proposer Berlin. M. Lépine, de Lyon, dit que l'Amérique n'est pas un centre scientifique, ce qui est à la fois inexact et peu flatteur pour nos confrères de New-York. M. Verneuil lui-même combat la proposition et met en avant les fatigues et les dépenses d'un long voyage maritime. Comment ! disent nos voisins les Anglais, vous avez peur d'une traversée de huit jours ; vous en redoutez les fatigues ! Erreur absolue. Loin d'être fatigant, le voyage maritime constitue un repos absolu pendant lequel l'esprit est dégagé des fatigues professionnelles.

L'infatigable organisateur du Congrès de Londres, sir Willam Mac Cormac, n'a pas de peine à démontrer au Comité que les institutions médicales américaines présentent un immense intérêt pour les Européens. Puis M. John Billings enlève la décision en annonçant que l'*Américan Medical Association* mettra une flotte à la disposition des médecins européens qui voudront *passer l'eau.*

En somme, Washington est accepté avec enthousiasme. C'est un triomphe pour la France. Il faut que l'Allemagne savante éveille bien peu de sympathies en Europe pour que les médecins de tous les pays aient préféré la traversée de l'Atlantique au voyage de Berlin.

Terminons cette note déjà trop longue en signalant l'hospitalité merveilleuse avec laquelle nos confrères danois ont reçu les membres du Congrès. Le président, M. Panum, et le secrétaire général, M. Lange, ont laissé dans l'esprit de tous le meilleur souvenir.

M.

REVUE DES HOPITAUX

LA TEIGNE-PELADE. — DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Service de M. Lailler.

Nous extrayons d'une leçon recueillie par M. Chevallereau, dans la *France médicale*, les passages relatifs au diagnostic et au traitement.

Le *diagnostic* de la pelade n'est généralement pas difficile. On peut la confondre avec le favus en traitement; mais, dans ce dernier cas, la rougeur est vive, il y a des cheveux courts qui s'arrachent difficilement.

Le diagnostic rétrospectif entre la pelade et le favus est plus difficile; mais le favus laisse une cicatrice lisse, et dans ce cas, s'il reste des cheveux, ils sont lanugineux.

Certaines alopécies consécutives à des dermites simples ou spécifiques simulent également la pellagre, mais dans ce cas il y a de la rougeur du derme, les cheveux qui restent sont normaux, ils viennent avec leurs racines; il y a des commémoratifs. Certaines alopécies syphilitiques donnent lieu à des cicatrices.

Une maladie peu connue, l'acné décalvante, entraîne à la période d'état une calvitie définitive, mais dans cette acné il y a des pustules et des squames à la base des cheveux; ces derniers sont altérés, mais pas de la même façon. Après la guérison de l'acné décalvante, il y a une dépression cicatricielle, une sorte d'aspect craquelé du derme, les plaques présentent enfin une apparence plus séborrhéique.

Il faut aussi faire le diagnostic avec la teigne tondante épilée et non épilée. Les plaques épilées présentent une coloration brune, il y a des cheveux cassés et cassants. Dans la tondante non épilée les plaques sont étendues, la peau présente une apparence chagrinée.

Bazin a décrit la tondante pseudo-pelade, que M. Lailler appelle la pelade pseudo-tondante. Dans la pelade on observe quelquefois des cheveux courts à la circonférence, mais ils ne sont pas groupés, ils sont plus rares que dans la vraie tondante et quand on parvient à les arracher, on les arrache avec leurs racines; ils ne sont pas atrophiés. Le cuir chevelu est plus lisse.

Dans les cas douteux, il faut toujours avoir recours à l'examen microscopique.

La forme décalvante peut simuler une alopécie syphilitique secondaire, mais dans ce dernier cas il y a de la céphalalgie, il y a surtout des phénomènes antérieurs et des phénomènes concomitants. Il faut distinguer enfin l'alopécie des maladies graves, de l'érysipèle, de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives.

Dans le *pronostic*, il faut distinguer le pronostic des plaques et le pronostic de l'alopécie. La plaque peut guérir seule, mais le plus souvent la maladie laisse une estampille de son passage. Il peut rester une ou deux taches qui ne guérissent pas, c'est une guérison incomplète. C'est presque toujours à la nuque qu'on retrouve ces estampilles antérieures.

La pelade décalvante est beaucoup plus sérieuse, beaucoup plus grave. M. Lailler se rappelle un malade, qui avait eu autrefois une pelade généralisée et qui n'avait pas conservé un seul poil sur tout le corps.

Prophylaxie. — La pelade est contagieuse dans une certaine mesure, dans le jeune âge. Il faut donc isoler de l'école les enfants atteints de cette affection. Dans la famille, où il y a moins de responsabilité, on peut laisser l'enfant avec les autres, mais avec quelques précautions. M. Lailler a vu une famille d'ouvriers avec six enfants, dont trois avaient la pelade et trois autres ne l'avaient pas ; mais ce n'étaient pas les enfants qui couchaient ensemble qui étaient malades.

Quand faut-il laisser rentrer les enfants à l'école ? Quand il est bien constaté pendant un temps assez long que la maladie ne fait pas de progrès.

Traitement curatif. — Certains médecins recommandent encore de pratiquer l'épilation ; elle n'est pas bien nécessaire et on peut la remplacer sans inconvénient par la rasure qui fait repousser plus fort les cheveux et la barbe.

On a conseillé un grand nombre d'autres moyens : l'électricité à courants continus ou induits, mais les cas de guérison par ce moyen sont fort incertains. M. Lailler a eu l'idée d'appliquer sur une plaque de pelade un petit élément moitié zinc, moitié cuivre, pendant quelques jours ; mais, quand il a voulu enlever cette pile, il y avait une eschare. M. Vidal emploie

les vésicatoires, mais il y a là des difficultés et des inconvénients, difficultés surtout quand on a affaire à une pelade un peu étendue. De plus les vésicatoires sont souvent le point de départ de pustules d'impétigo et même d'ecthyma dans le reste du cuir chevelu. Aussi M. Vidal emploie le vésicatoire comme irritant, mais il ne va pas jusqu'à la vésication.

Un moyen assez bon et surtout très populaire, c'est l'eau sédative; M. Lailler ne refuse pas de l'employer, mais le plus souvent il recherche le même effet dans le mélange suivant :

Alcool à 60°..............	100	grammes.
Essence de térébenthine...	20	—
Ammoniaque...........	5	—

Si cette préparation paraît trop excitante, on peut diminuer les proportions d'essence de térébenthine et d'ammoniaque.

Comme l'odeur de l'essence de térébenthine n'a rien de très agréable, on peut remplacer cette formule par la suivante :

Alcool a 90°................	100	grammes
Sulfate de quinine..........	1	—
Essence de bermagote......	10	—
Essence de Wintergreen....	2	—

On peut employer également l'essence de lavande dans les mêmes proportions.

Il faut faire ces frictions tous les jours, avec une flanelle, de manière à irriter la peau, il faut en outre faire raser de temps à autre le cuir chevelu et ne pas oublier de modifier l'état général lorsqu'il y a lieu.



REVUE CLINIQUE

—

DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Par le Professeur Freund.

Freund fait remarquer combien peu de progrès on a fait ...nt à l'éclaircissement de la pathogénie de la grossesse ex-...-utérine. Beaucoup d'anciens essais d'explication ne sont ...s basés sur l'observation comme maintenant : ce sont de

pures hypothèses, comme par exemple l'explication de la grossesse ovarique, qui admet que la fécondation et la nidation de l'œuf peut se faire dans le follicule de Graaf lorsque l'œuf est retenu en place à cause de l'étendue insuffisante de la déchirure et de l'écoulement lent du liquide ou parce que le cumulus proligère n'est pas toujours placé exactement en face du point où se rompt le follicule. Dans un cas de grossesse ovarique observé par Freund, il en trouva la cause dans un trouble fonctionnel de la trompe produit par une très violente frayeur subite, qui mit obstacle à la pénétration de l'ovule dans la trompe. Après avoir rapidement passé en revue les causes de la grossesse abdominale et de la grossesse tubaire, l'auteur arrive à discuter le mode de formation du placenta sur les tissus situés hors de l'utérus. Il insiste sur les tentatives qui se sont récemment manifestées de représenter le mode d'implantation de l'ovule hors de l'utérus comme parfaitement compréhensible et compatible avec les idées histogéniques les plus récentes. A ce sujet, il rappelle l'interprétation de Waldeyer quant au revêtement péritonéal comme épithélium, et le fait que, chez quelques animaux, la cavité péritonéale entière participe à la formation de l'œuf, au moyen de son épithélium.

Freund n'admet pas qu'il y ait une analogie dans le mode de formation du placenta dans le cas d'implantation de l'œuf hors de l'utérus, avec les adhérences au moyen desquelles les corps sont enkystés dans la cavité abdominale, ou avec la manière dont les tumeurs de l'abdomen ou de la cavité pelvienne deviennent adhérentes, comme on l'a soutenu. Il ne croit pas que des adhérences soient capables de se porter sur des tumeurs de nouvelle formation, qui, n'étant plus suffisamment nourries par la source qui leur permettait de s'accroître, sont restées stationnaires ou ont subi une rétrogression. Les adhérences de tumeurs de ce genre sont soit très pauvres en vaisseaux, soit très riches en veines, alors que les artères sont rares et de faible calibre. Lorsque du sang séjourne dans la tumeur, quelle qu'en soit l'origine, il devient la cause de la dilatation des veines dans les adhérences. Il n'en est pas de même dans les tumeurs malignes, où les adhérences sont réellement riches en artères qui contribuent au développement du néoplasme.

D'un autre côté, l'accroissement des tumeurs non malignes partiellement ou complètement séparées de leur source est non un véritable accroissement de leur propre substance, mais est causé par une augmentation subite du volume du sang, par suite d'épanchements plus considérables de sang dans la substance ou par suite de formation kystique avec addition subite au contenu du kyste. De même aussi l'œuf, se développant en dehors de l'utérus, est nourri non par l'enveloppe que lui forment les adhérences péritonéales, mais par le placenta. Ce n'est pas le point d'implantation de l'œuf fécondé qui a quelque chose de spécifique, mais c'est la place où se forme le placenta qui est influencée par quelque chose de spécifique, à savoir, l'allantoïde et ses vaisseaux. C'est en cela que consiste l'irritation formative des tissus maternels pour le développement du placenta maternel.

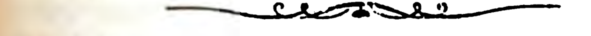
Quant au diagnostic de la grossesse extra-utérine, on a fait des progrès par suite du perfectionnement de l'exploration bimanuelle des organes pelviens. Un examen répété montrera un accroissement remarquablement rapide de la tumeur. Au début de la grossesse, sa situation extra-utérine est souvent facile à reconnaître ; vers la fin, souvent on ne la reconnaît que difficilement. Inversement, au début, la nature de la tumeur comme ovisac, est souvent reconnue avec difficulté. Quoi qu'il en soit, les signes subjectifs et objectifs de la grossesse, et particulièrement l'accroissement rapide de la tumeur comparé à celui de l'utérus, éclaircira le cas. Quant à la reconnaissance de la situation d'un fœtus extra-utérin, mort, presque ou tout à fait à terme, l'exploration avec une aiguille pourra bien renseigner sur ses limites. Mais si l'on emploie ce moyen, il faut être prêt à faire la laparotomie.

La connaissance du siège du placenta sur quelque point du canal intestinal est d'une grande importance pour le diagnostic, le pronostic et le traitement. Dans ces cas, il y a souvent un catarrhe intestinal intense et de violentes coliques, souvent dès le commencement de la grossesse. Dans deux cas, l'œuf mou-r[illegible] dans la première moitié de la gestation ; des symptômes de septicémie chronique se développèrent. Se basant sur ses observations, Freund divise la grossesse extra-utérine en quatre groupes : 1° grossesse tubaire caractérisée par des douleurs in-

termittentes ressemblant à celles de la dysménorrhée, et par des attaques subites de péritonite avec symptômes d'hémorrhagie interne. Freund n'a jamais vu la grossesse tubaire se développer au-delà du cinquième mois. Ce groupe comprendrait la grossesse interstitielle et celle qui se développerait dans une corne rudimentaire d'un utérus bicorne. 2° Les grossesses ovariques. Il n'y a pas ici de douleurs ou elles sont modérées. Elles vont souvent à terme. 3° Les grossesses abdominales (en excluant les insertions placentaires sur l'intestin). Au début elles ne présentent souvent aucun symptôme morbide ; plus tard, les mouvements du fœtus déterminent des douleurs. Contrairement aux grossesses des deux premiers groupes, on ne reconnaît souvent que difficilement l'utérus, par suite de son déplacement et de son adhérence à l'ovisac. A la fin de la grossesse, il se fait des hémorrhagies et l'enfant meurt. Les symptômes du 4me groupe, grossesses abdominales avec insertion placentaire sur l'intestin ont été décrits plus haut. Les cas de ce genre offrent un pronostic défavorable ; quant à celui des autres groupes, notamment du premier, Freund abonde dans les idées de Schroeder, à savoir qu'il n'est pas aussi mauvais qu'on le croyait anciennement. Freund ne croit pas son expérience suffisante pour poser les règles générales du traitement. Dans certains cas il procéderait comme il suit : Dans la première partie de la grossesse dans tous les groupes (le 1er au troisième mois), il faut tuer l'œuf par ponction de l'ovisac suivie d'une injection de morphine. Dans le cas de rupture spontanée, il faut faire le traitement de l'anémie menaçante et de la péritonite. Pas d'opération. Au-delà du troisième mois, expectation. Il faut prescrire le repos absolu ; appliquer un bandage exerçant une pression élastique sur l'abdomen; la diète lactée. Après la mort du fœtus avant sa viabilité, expectation ; s'il survenait une péritonite localisée, évacuation et drainage du sac. S'il survient des efforts d'élimination le fœtus étant viable, vivant, laparotomie; après la mort du fœtus, expectation ; si des symptômes locaux ou généraux de réaction apparaissent, spécialement des symptômes d'intoxication générale, laparotomie. Pour faire cette opération, on ouvrira l'abdomen par une grande incision, l'ovisac sera soigneusement suturé aux bords de la plaie, puis incisé, et si c'est nécessaire, on en enlèvera une

portion; puis on fera l'extraction du fœtus. On ne détachera pas le placenta. L'ovisac sera désinfecté, séché, saupoudré avec parties égales d'acide salicylique et d'acide tannique, et on drainera la partie la plus profonde avec un tube de verre ; finalement la cavité entière sera rembourrée avec de la gaze désinfectante ou du coton. L'expulsion du placenta est laissée à la nature. On répétera la pulvérisation. On enlèvera le tube à drainage lorsque la sécrétion cessera. (*Americ. Journ. of obstetrics*, january 1884.)

Dr Ch. Olivier.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

—

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Prophylaxie de la tuberculose. — Voici les mesures proposées par M. le docteur Lœffler au nom d'une commission. Le rapporteur admet l'origine parasitaire de l'affection et recommande les mesures suivantes :

1° Des mesures spéciales de précaution seront prises vis-à-vis de tous les malades atteints de cavernes pulmonaires ou d'ulcérations intestinales ;

2° Dans les chambres, on veille à l'aération, à la propreté des planchers, des murs, ainsi que du linge ; on s'assure que les malades ont *toujours* des crachoirs et qu'ils s'en servent ;

3° Des crachoirs contenant une solution phéniquée à 5 pour 100, sont placés même en dehors des chambres surtout dans les locaux où se réunissent une grande quantité d'hommes : écoles, hôpitaux, orphelinats et hospices, casernes, auberges, gares, administrations publiques, etc.

4° *Tout objet suspect est soumis à la désinfection.* Il faut entendre par là non seulement toutes les excrétions des phthisiques, mais tous les objets qui peuvent avoir été en contact avec eux. Pour les liquides, on emploie, pendant vingt-quatre heures la solution phéniquée à 5 pour 100 ; pour le linge, la lessive bouillante pendant une heure. Certains objets peuvent être

soumis, pendant plusieurs heures, à une chaleur sèche de 100 degrés, ou à l'action de la vapeur. Ces mesures de désinfection sont indispensables dans les hôpitaux et dans les stations d'hiver où se réunissent un grand nombre de phthisiques.

5° Les malades arrivés à la période ultime de la phthisie pulmonaire ou intestinale sont isolés ; en cas d'impossibilité, on provoque leur hospitalisation. On éloigne à tout prix des tuberculeux les enfants à la mamelle et les enfants chétifs. — Pour les malades moins avancés, on cherche à organiser un isolement relatif aussi bien dans l'hôpital que dans la famille, et surtout lorsqu'il s'agit d'un négociant (dans ce dernier cas, dans l'intérêt des consommateurs) ;

6° On combat par tous les moyens l'encombrement dans les familles, dans les écoles et autres lieux publics ;

7° Tout mariage avec une personne atteinte de tuberculose avancée (?) doit être méconseillé (danger de propagation pour l'entourage, transmission à la progéniture) ;

8° On cherche à faire disparaître toutes les causes susceptibles de provoquer des affections, même légères, des voies respiratoires, affections qui constituent la *prédisposition capitale* à la tuberculose. On évite la production de poussières dans les maisons et dans les rues. Il y aura lieu de procéder à une refonte complète des mesures actuelles de police sanitaire ;

9° Pour le même motif, on institue une prophylaxie minutieuse de la rougeole et de la coqueluche ;

10° Le lait provenant de vaches atteintes de maladie perlée est tenu pour suspect ; lorsque les vaches présentent des lésions tuberculeuses des trayons, le lait est absolument défendu. Il devra toujours être consommé après ébullition et l'on doit instituer une surveillance officielle vétérinaire à ce sujet.

11° La statistique mortuaire de la tuberculose doit être élaborée en tenant compte de l'âge et de la profession des malades ;

12° La désinfection des vêtements et fournitures de lit ne pouvant être opérée que dans des établissements importants, il y a lieu de provoquer l'organisation d'établissements officiels de désinfection.

(*Collège médical de Vienne.*)

Trépanation du frontal dans la névralgie. — M. Arthur Durham a observé un malade ayant une névralgie rebelle de la branche sus-orbitaire à la suite d'un traumatisme de l'orbite, et contre laquelle toutes les méthodes de traitement, y compris la résection des branches de ce nerf, avaient échoué. Le malade affirmait que la douleur venait d'une dépression de l'os sous-jacent à la cicatrice de la blessure antérieure, et était disposé à subir une opération pour se débarrasser de cette douleur, même au risque de sa vie. Dans ces circonstances, M. Durham trépana le frontal au point indiqué et enleva une rondelle d'environ un pouce de diamètre. Depuis, le malade, rapidement guéri de l'opération, n'a plus eu aucune douleur. L'os enlevé était sain : il ne portait pas de traces de fracture, ni d'ostéite, seulement une petite dépression sur sa face interne, analogue à celles que l'on trouve communément sur les crânes d'adulte.

(*Société clinique de Londres*).

Transmission héréditaire de l'hypospadias, par M. Alfred LINGARD. — Contrairement aux autres difformités et anomalies, telles que doigts et orteils surnuméraires, becs-de-lièvre, taches érectiles, l'hypospadias a été regardé pendant longtemps comme très rarement héréditaire. Tous les auteurs que Lingard a consultés sont unanimes à ce sujet. Cependant sir Everard Home rapporte que dans une famille composée de trois enfants, le premier était hypospade, la seconde, une fille, était normale, et le troisième, garçon, était atteint du même défaut de développement que le premier. Lingard cite encore quelques faits de Morgagni, de Shorthouse et autres auteurs. Puis il arrive à rapporter un exemple remarquable de ce que Sedgwick appelle l'atavisme indirect, et dans lequel on voit la transmission de l'hypospadias se faire à travers six générations. Une bibliographie étendue termine ce court travail. (*The Lancet*, 19 avril 1804, p. 703, et *Gaz. hebd.*, n° 21.)

Ablation avec succès de deux tumeurs solides circumrénales, par sir SPENCER WELLS. — Ces néoplasmes, [illegible]és au mois de novembre dernier par Spencer Wells, occupaient les régions rénales gauche et droite, d'une femme âgée

de quarante-huit ans, celle de gauche adhérait au rein. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait de fibro-lipomes développés dans l'atmosphère cellulo-adipeuse des reins, sans la moindre apparence de dégénérescence sarcomateuse. La malade avait commencé à ressentir des douleurs abdominales en 1874, et en 1878 elle avait cru à une grossesse. Cependant les règles venaient régulièrement et les urines étaient toujours normales. Le diagnostic porté incertain sur la nature et l'origine précises des tumeurs, fut formulé simplement tumeurs solides périrénales. On fit l'incision ordinaire de l'ovariotomie et on énucléa sans difficulté les deux néoplasmes, dont le gauche adhérait au rein et au côlon descendant. Pèu de sang fut perdu et un très petit nombre de ligatures fut nécessaire. La malade se remit aussi vite et aussi bien que d'une ovariotomie. (*The British médical Journal*, 19 avril 1884, p. 758 ; et *Gaz. hebd.*, *n°* 21, 1884.)

Nouveau traitement électrique des Tumeurs fibreuses de l'utérus, par le Dr Apostoli. — La méthode de l'auteur consiste essentiellement : 1° Dans l'application à l'utérus *d'un courant de pile continu* et *à l'état constant*, *sans aucune interruption pendant la séance* ; 2° Le *siège* de l'application par l'intermédiaire d'une sonde en *platine* est toujours *intra-utérin* et doit intéresser toute l'étendue de la muqueuse du canal utéro-cervial ; 3° Si l'hystérométrie naturelle est impossible à faire, on devra pratiquer une *ponction* préalable suivie d'une *galvano-caustique négative*, pour créer un canal artificiel ; 4° Le pôle actif intra-utérin sera *positif* dans tous les fibromes *hémorrhagiques*, ou qui s'accompagnent de *Leucorrhée rebelle* ; il sera *négatif* dans tous les cas contraires et en particulier lorsqu'il y a une *Dysménorrhée* intense, ou une *périmétrite* additionnelle arrivée à sa période chronique, lorsque tout état aigu aura cessé. Ce dernier pôle paraît activer la régression utérine plus rapidement que le précédent ; il provoque souvent au début de son application des *hémorrhagies* salutaires que le pôle positif est ensuite destiné à réprimer si elles se prolongent trop longtemps ; 5° L'intensité sera la plus forte possible et atteindra progressivement en une ou deux séances une moyenne de 100 mille ampères, surtout dans les utérus

très profonds ou hémorrhagiques; *l'action thérapeutique sera en général fonction de l'intensité*; 6° Pour assurer à une cautérisation toute son intensité et son efficacité, *5 ou 8* minutes suffisent en moyenne; 7° Le nombre des séances, variable comme la maladie elle-même, doit être en moyenne de *20 à 30* pour assurer à l'utérus une régression suffisante et restaurer complètement la malade; 8° Le traitement devra comprendre de une à deux opérations par semaine, faites même en pleine hémorrhagie, s'il y a urgence d'intervenir; 9° Pour rendre le pôle cutané indifférent et supprimer à son endroit et la douleur, et l'eschare, il faut employer un électrode de *terre glaise* que j'ai proposé pour la première fois en 1882 dans le but d'augmenter à volonté la surface, et de diminuer la résistance de la peau; 10° Toute la technique opératoire se résume dans une *bonne hystérométrie*; l'opération n'étant elle-même qu'une sorte *d'hystérométrie thérapeutique* où toute action traumatique doit disparaître pour ne laisser subsister qu'une action chimique au plus haut degré; 11° La galvano-caustique intra-utérine amène rapidement une régression de tous les fibrômes, surtout lorsqu'ils sont interstitiels, mais non leur disparition totale; elle restaure complètement la femme, supprime les métrorrhagies et assure à l'opérée un bien-être rapide et durable. (*Académie de médecine*, séance du 29 juillet 1884.)

Sur l'application de l'électricité aux affections de l'estomac. — M. le Dr G. Apostoli a fait, au Congrès de Copenhague, une communication qui peut se résumer sommairement ainsi :

Il vient compléter la note qu'il a lue à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 11 août 1882 (voir *Bulletin général thérapeutique*, 15 novembre 1882). Il s'agissait de l'influence qu'un courant de pile continu et à l'état constant (appliqué dans des conditions opératoires données, par un de ses pôles, sur un pneumogastrique) peut exercer à distance sur l'estomac, pour calmer et guérir certains troubles nerveux manifestement à l'hystérie : épigastralgie — gastralgie — vomissement. —)uis lors, il a étendu le problème aux troubles gastriques de ;rossesse et de la phthisie.

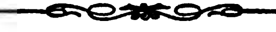
)outes les dyspepsies, tous les vomissements réflexes ou pu-'ent nerveux lui paraissent justiciables de l'électricité. Il

croit même que ce médicament physique peut rendre les plus grands services dans les autres désordres gastriques liés à une affection simple (non cancéreuse) de l'èstomac. — Pour rendre l'opération plus active et lui assurer une plus grande efficacité, il a modifié récemment dans les conditions suivantes le procédé opératoire :

1° Il conseille une action simultanée sur les deux pneumogastriques par une application double ou bi-polaire. Cette méthode consiste à mettre deux électrodes de grandeur égale, et de petite surface à l'angle interne de la clavicule, dans un point le plus rapproché possible du tronc du nerf vague. — Chacun des pôles doit intéresser un pneumogastrique (l'un positivement et l'autre négativement) pour que l'action totale se répartisse sur une surface restreinte et localisée et éviter ainsi la diffusion du courant loin du nerf à actionner. — 2° Le courant de pile sera aussi constant que possible et l'on évitera avec soin toute interruption pendant la séance. — 3° L'intensité électrique devra être proportionnelle à la réceptivité du sujet et à la résistance du mal à combattre ; la dose moyenne variera de 5 à 10 et au besoin 15 milliampères, avec la faculté d'augmenter progressivement ou de diminuer suivant les indications fournies par le malade. — 4° La durée de l'application devra être comme l'intensité, proportionnée à la maladie à combattre et toute séance ne devra prendre fin qu'après effet produit ; on devra donc la prolonger jusqu'à ce que le malade affirme qu'il va mieux et ne la suspendre que quelques minutes après que le calme complet est établi. — 5° La galvanisation ayant plutôt une action curative que préventive, il sera préférable de faire l'application pendant la digestion pour combattre, soit la dyspepsie soit le vomissement ; on fera donc manger ou boire préalablement le malade, et le courant aura alors la propriété, soit de faire digérer, soit d'arrêter un vomissement menaçant. — 6° Les séances devront être au début aussi rapprochées que possible et toute digestion, si besoin en est, devra être aidée et complétée par la galvanisation ; plus tard l'intervalle des séances devra grandir avec l'amélioration. — 7° Toute opération bien faite devra être tolérable et sans eschare consécutive ; dans le but d'éviter et la douleur trop vive et toute menace de cautérisation, les tampons devront être soigneusement recou-

verts de peau de chamois très mouillée sur laquelle on mettra une à deux couches supplémentaires d'agaric humide, pour concentrer sur elle une partie de l'action galvano-cautisque. Toute pile pourra servir à cet usage, pourvu qu'elle soit munie d'un collecteur qui permette de prendre les couples deux par deux ou mieux un par un. Un galvanomètre d'intensité divisé en milliampères devra être rigoureusement intercalé dans le circuit : — 8° Une étude clinique comparative et approfondie des deux procédés de galvanisation (mono-polaire ou bi-polaire) du pneumogastrique, qu'il a conseillée, lui fait accorder la préférence à ce dernier ; de l'avis unanime de tous les malades qui ont été appelés à juger de leur efficacité relative, la galvanisation simultanée des deux nerfs vagues au cou (dite *bi-polaire*) est plus rapidement active et efficace. — 9° En résumé, le courant galvanique continu bien dosé et localisé, doit rester le médicament d'un symptôme (qu'il soit dyspepsie, gastralgie ou vomissement). — S'il est purement nerveux ou réflexe, il exercera sur lui une action immédiate et souveraine ; dans tous les autres cas qui tiennent à des affections purement gastriques, sans vouloir supplanter la thérapeutique classique, il est destiné à lui servir d'auxiliaire actif.

Au total le Dr G. Apostoli affirme que la galvanisation est toute puissante dans la pathologie de l'appareil digestif ; il espère pouvoir étendre bientôt la même proposition, sous certaines réserves données à l'appareil respiratoire et circulatoire.



FORMULAIRE

Le podophyllin et son principe actif.

Le podophyllin, ou la podophylline, puisque les deux termes sont consacrés par l'usage, est un extr alcoolique du *podophyllum* p *tum*. L'extrait est fait avec la r e de la plante. Cet extrait me une substance amorphe, ide, amère, très active : la *podophyllotoxine*. Cette dernière est constituée par deux autres corps, qui ont été dénommés, le *picropodophyltin* et l'acide *picropodophyltique*. De ces deux corps, le dernier paraît être le moins actif, d'après Podryzaski.

Cet auteur aurait reconnu, d'après des expériences faites sur quelques animaux, que la propriété

vomitive et purgative du podophyllin et de la podophyllotoxine dépend uniquement de leur contenance en *picropodophyltin*.

En considération du prix élevé de cette dernière substance, l'auteur, conseille l'emploi de la podophyllotoxine, de préférence en solution alcoolique.

Dans la prescription de ce médicament, il ne faut pas oublier qu'il est précipité par un excès d'eau ou d'alcali.

Administré à l'intérieur, il agit après deux heures ou plus.

D'après les essais des différents physiologistes qui s'en sont occupés, essais cliniques et essais sur les animaux, on doit conclure que la podophyllotoxine est un remède très efficace contre la constipation, très bien supporté par les malades et dont l'usage prolongé n'a aucun effet nuisible sur les fonctions digestives.

On l'emploie habituellement dans la constipation chronique résultant de l'atonie et de l'inertie de l'intestin, dans l'ictère catarrhal, etc.

D'après Podryzaski, qui n'emploie que la podophyllotoxine et non le podophyllin, les dosses seraient les suivantes :

Chez l'adulte : de 2 centigrammes à 2 centigr. et demi par dose, avec dose maxima par jour de 4 à 5 centigrammes.

Chez l'enfant : de un demi-milligramme à un milligramme par dose.

On ne devrait administrer la seconde dose que huit heures après la première.

Il faut éviter, pendant le traitement, l'usage des alcalins, du soda-water, etc. (*Centralblatt für Therapie.*)

—

Nous pensons que ces doses sont trop élevées pour l'adulte et peut-être dangereuses chez l'enfant, pour lequel il y a d'autres purgatifs plus maniables.

Nous rappellerons la prescription, que nous avons déjà publiée dans le *Journal de Médecine de Paris*, contre la constipation habituelle :

Podophylline.....	0 gr. 30 cent.
Gomme-Gutte....	0 gr. 15 —
Ext. de jusquiame	0 gr. 30 —
Savon amygdalin.	Q. S.

M. S. A.
30 pilules.

Une par jour, à prendre le soir en se couchant.

Il n'y a pas de selle la nuit, on en obtient une très abondante au matin.

Dr Octave GOURGUES.



VARIÉTÉS

—

NOUVELLE SOCIÉTÉ POUR LA CRÉMATION. — Cette Société a été fondée à Boston le 11 février 1884. Les membres de la Société doivent verser

1 fr. 50 par mois et 12 fr. pour un seul paiement annuel ; moyennant elle somme ils sont assurés d'être soumis à la crémation. Cette Société est désignée sous la rubrique de « Société religieuse, scientifique et médicale ». Son capital est de 20.000 sterl.; le crématoire sera dressé à la première occasion. L'endroit choisi pour cela est situé dans les faubourgs de la ville, dans un site agréable, il a une étendue de quatre acres de terrain. Il s'y trouve une église où seront célébrés les offices funèbres pendant la crémation ; il y aura de plus une salle d'autopsie, et une autre pour conserver les corps un certain temps ; cette dernière mesure a été adoptée pour rassurer les craintes de ceux qu'effraie la crémation, et qui redouteraient d'être incinérés en état de mort apparente. La Société est ouverte à toutes les classes, ainsi que l'église qui a été disposée pour servir aux différents cultes. Le crématoire est le quatrième mis en usage dans le monde, les autres existent à Milan, Gotha et Washington. (*Boston medical and surgical Journal*, 21 février 1884.)

La rage. — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. le Dr Dujardin-Beaumetz a donné lecture d'un rapport relatif à un cas de decès par la rage survenu à l'hôpital Trousseau.

La victime un petit garçon de sept ans, avait été mordu à la lèvre supérieure un mois auparavant, par un chien inconnu. La morsure avait été cautérisée chez un pharmacien avec de l'alcali volatil. Cet enfant a succombé au bout de trois jours de maladie après avoir présenté tous les signes caractéristiques de la rage.

M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer que, au mois de janvier 1882, le Conseil d'hygiène avait rédigé une instruction dans laquelle il était dit que : « La cautérisation doit être faite avec du caustique de Vienne, du chlorure de zinc, du beurre d'antimoine et surtout avec le fer rouge, qui est, en pareil cas, le meilleur des caustiques. » Cette instruction ajoutait : « Les cautérisations avec l'ammoniaque, les différents alcools, la teinture d'arnica et les solutions phéniquées sont absolument inefficaces. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 *septembre* 1884. — Présidence de M. Larrey.

Le choléra. — M. Bouchardat montre que le bacille en virgule, rappelé par M. Koch, n'est pas caractéristique du choléra et que même il ne sert à rien pour le diagnostic. Ce bacille n'a encore été trouvé que dans des cas de choléra déjà confirmé.

L'illustre académicien rêve l'extinction du choléra en Europe. Il fait ressortir le danger d'habiter une chambre, une maison où sont décédés des cholériques ; il ne faut recommencer à habiter ces logements que lorsque la ma-

ladie est éteinte dans la ville ; de même il est dangereux d'utiliser des vêtements, des draps ou des matelas qui ont servi à des cholériques.

M. Bouchardat avait prévu que l'épidémie actuelle n'atteindrait pas Paris. En effet, lorsque l'épidémie part d'un autre lieu que celui d'origine, elle fait peu de ravages et s'éteint rapidement. Il faut cependant être très circonspect.

Le parasite cholérigène est surtout nuisible pendant la nuit. En 1849, à la Salpêtrière où l'épidémie fit tant de ravages, les médecins et les employés qui couchaient en dehors de l'hôpital n'ont compté aucune victime, tandis que les infirmiers qui couchaient à l'hôpital sont morts dans la proportion de 1 sur 3.

M. J. Guérin. M. Bouchardat met à la place du bacille de Koch, qu'on voit, un parasite qu'on ne voit pas. Il le fait naître, évoluer et se propager comme un être réel.

Des causes de l'augmentation vespérale de la température physiologique. — M. Maurel, médecin de la marine.dépose sur le bureau un mémoire dans lequel il recherche l'influence des repas sur l'évolution de la température.

Le biiodure de mercure.— M. Bourgoin. Le biiodure de mercure est-il soluble dans l'eau, et dans ce cas quelle est sa solubilité ? Le biiodure est soluble : 1.000 centimètres cubes d'eau dissolvent 4 centigrammes de biiodure de mercure. La solubilité augmente avec la température, mais elle est excessivement faible ; on ne peut pas dépasser 4 ou 5 centigrammes de biiodure par litre d'eau.

Si l'on ajoute un dixième d'alcool, un litre d'eau dissout 8 centigr. de biiodure. Dans l'alcool à 90°, on peut dissoudre 2 gr. 90 cent. par litre. Un litre d'alcool absolu dissout 11 gr. 86 de biiodure de mercure.

Désinfection par l'acide sulfureux. — M. Dujardin-Beaumetz. Sur la demande du préfet de police, MM. Pasteur, Roux et Dujardin-Beaumetz ont recherché le meilleur moyen de désinfecter les vêtements et la literie ayant servi à des malades atteints d'affections contagieues. Ces auteurs ont pris comme salles d'expérience deux baraques en bois de l'hôpital Cochin. Il fallait employer des gaz et non des liquides et surtout un gaz qui ne fût pas nuisible pour les objets contenus dans l'appartement.

Il faut abandonner le brome, très employé en Allemagne, parce que le brome n'est pas pénétrant.

Le sulfate de nitrosyle a également été repoussé. Il dégage des vapeurs d'acide hypoazotique qui détruisent tous les objets de literie. A la gare de Lyon, où ce corps a été employé pour désinfecter les malles que l'on faisait ouvrir, il y a eu des plaintes assez nombreuses provenant de voyageurs dont les effets avaient été détériorés.

Le chlore est un gaz de laboratoire qui ne peut être utilisé par un corps de désinfecteurs; son emploi ne serait pas assez pratique. Il fallait de même éliminer l'ozone.

Le gaz qui a été admis est le gaz acide sulfureux. C'est le gaz le plus désinfectant et le plus pénétrant. On peut préparer ce corps de trois manières :

1° Par la combustion du soufre. On peut brûler jusqu'à 40 grammes de soufre par mètre cube en arrosant le soufre d'alun et en l'allumant en même temps par toute sa surface ; or, la dose aseptique est de 20 grammes par mètre cube. A cette dose tous les bouillons de culture sont stérilisés, excepté celui du charbon.

Ce procédé pourrait à la rigueur causer un incendie ; de plus, tous les objets métalliques contenus dans un appartement sont détériorés.

Le deuxième procédé est celui de la liquéfaction de l'acide sulfureux d'après la méthode de M. Raoul Pictet (de Genève). Il faut alors un siphon d'acide sulfureux liquide par 20 mètres cubes. Ici il n'y a plus de détérioration ni des étoffes, ni des couleurs, ni des métaux. D'ailleurs, par le procédé de la combustion du soufre, on ne détériore ni les couleurs, ni les étoffes.

L'inconvénient de ce procédé est son prix : chaque siphon revient à 2 fr. 50 pour les municipalités, à 5 francs pour le public ; de sorte que cela coûterait 25 francs pour désinfecter une pièce de 100 mètres cubes.

Le troisième procédé consiste à faire brûler le sulfure de carbone. Il faut 2 kil. 500 de sulfure de carbone pour une pièce ' 100 mètres cubes, c'est-à-dire pour correspondre à 2 kilo- ammes de soufre. Il faut pour brûler le sulfure de carbone un ûleur spécial dans lequel la combustion se prolonge pendant ıuze heures.

Dans ce procédé, le prix est très économique, le kilog. de sulfure de carbone coûte 50 centimes. On peut avoir un dégagement continuel d'acide sulfureux ; d'autre part, on n'observe aucune altération dans les divers objets placés dans l'appartement. L'inconvénient, c'est le prix de l'appareil qui coûte 40 francs.

Avec ces diverses doses, les bouillons de culture sont stérilisés, mais on ne peut dire qu'on obtienne le même résultat avec les microbes desséchés. Il faut de nouvelles expériences pour éclairer ce dernier point.

M. Legouest aurait voulu que M. Dujardin-Beaumetz rendit hommage aux recherches dans le même sens qui depuis longtemps ont été faites dans l'armée. Il y a longtemps qu'on emploie l'acide sulfureux pour désinfecter les salles d'hôpital, les casernes, les vêtements des galeux, les lazarets.

La combustion du soufre est le procédé le plus économique et le plus commode. On peut désinfecter une caserne pour 200 et 250 fr. Le chiffre de 20 grammes de soufre par mètre cube indiqué par M. Dujardin-Beaumetz n'a rien d'absolu. Tous ces faits ont été indiqués il y a longtemps dans les Mémoires de médécine militaire et dans le traité des désinfectants de M. Vallin. On dirait même que ce sont les expériences de M. Vallin qui ont servi de modèle à celles de MM. Pasteur et Dujardin-Beaumetz. Dans les salles de caserne, on a pu faire brûler du soufre sans altérer en rien les armes des hommes ; il faut seulement que ces armes ne soient pas humides ; une bonne précaution consiste à les enduire de suif.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN.

Séance du 15 *juillet* 1884. — Présidence de M. Jude Hue.

Le procès-verbal de la séance du 9 juin est lu et adopté.

Il est également donné lecture des procès-verbaux de deux séances extraordinaires tenues par la Société les 30 juin et 3 juillet, pour délibérer sur les mesures à prendre ou à proposer en vue de l'importation possible du choléra à Rouen. Le résultat de ces délibérations a été transmis par le Bureau à M. le Préfet de la Seine-Inférieure et à M. le Maire de Rouen, sous la forme des conclusions suivantes :

I. Mesures préventives :

1° Nettoyage des égouts par des chasses d'eau aussi fréquen-

tes que possible, et faites en dehors de l'heure des marées.

2° Désinfection immédiate et quotidienne des fosses d'aisances, de tous les endroits publics, en particulier des latrines publiques, de celles des gares, des écoles, des casernes, etc.

3° Enlèvement journalier des ordures ménagères dans toutes les rues classées ou non classées, ces ordures étant déposées dans des caisses qui seront enlevées à heure fixe.

4° Lavages fréquents de la chaussée. L'eau de Seine ne sera employée à cet usage qu'autant que l'épidémie n'aura pas atteint Paris.

5° Examen microscopique des eaux potables, en particulier de celles dont se servent les boulangers et les fabricants d'eau de Seltz.

6° Surveillance des denrées, spécialement des fruits et des poissons.

7° Désinfection des objets et des personnes arrivant d'un endroit contaminé ; au besoin, quarantaine qui ne pourrait être établie qu'en dehors de la ville.

II. Si, malgré ces précautions, le choléra se déclarait à Rouen :

1° Isolement aussi rigoureux que possible des malades.

2° Désinfection immédiate des selles, des matières vomies, et de tous les objets ayant pu leur appartenir.

3° Inhumation immédiate des cadavres.

Les procès-verbaux sont adoptés.

M. le président donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. le Dr Dérocque.

Messieurs,

Le docteur Dérocque, que nous accompagnons au seuil de sa dernière demeure, fut un des médecins le plus justement estimés et aimés de tous ses confrères, de tous ceux qui ont pu apprécier les qualités de son cœur ouvert, de son esprit droit si simple en même temps que si distingué.

Reçu docteur en 1858, Dérocque se fit immédiatement agréger à la Société de Médecine de Rouen, et son activité scientifique s'y manifesta bientôt par d'importantes communications. Je citerai, en particulier, celles sur l'empoisonnement saturnin, sur la méningite spinale rhumatismale, sur le traitement repris depuis, des adénites inguinales sup-

purées, par les injections de teinture d'iode. En outre, il nous présentait, en 1866, un ingénieux appareil, de son invention, destiné à maintenir la hernie ombilicale chez les enfants.

Il était aussi bon que laborieux. Médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu et des bureaux de bienfaisance pendant nombre d'années, il consacrait des heures chaque semaine à donner gratuitement des soins aux indigents.

La période de pénible labeur pour lui paraissait passée, et, rare exception parmi nous, le repos semblait le convier, heureux et dans la force de l'âge encore. Mais la mort imprévue a détruit toutes ces espérances, et, en une semaine, l'a arraché à ceux qui le chérissaient, à notre famille médicale déjà si éprouvée.

Depuis quelque temps, en effet, se sont creusés dans nos rangs de larges vides, et la Société de Médecine a eu trop souvent le cruel devoir de dire aux siens les éternels adieux. Il y a moins de cinq mois, c'était à Nicolle, un peu avant c'était à Le Brument.

Cependant, ce n'est pas sans douceur que nous devons contempler ces morts, car nous n'en pourrions parler sans en faire la louange et en tirer des enseignements. Ils ont été frappés par devant, au grand combat contre l'humaine souffrance, au milieu des devoirs professionnels qu'ils ont remplis jusqu'au bout. Leur vie a été tout bien et dévoûment, passée dans le respect de soi-même et l'amour d'autrui.

Nous pouvons apprendre d'eux comme on s'élève intérieurement par la pratique des vertus réelles, dont la principale est la bienfaisance, mère de l'art de guérir, et qui en marque toujours, de sa chaude empreinte, les véritables adeptes.

Dérocque fut médecin, dans la plus haute signification de ce titre, parce qu'il était bon. Sa mémoire sera pieusement conservée par nous, où il ne comptait que des amis.

Puissent ces derniers et justes hommages adoucir les angoisses de sa veuve si durement atteinte, les regrets de sa famille qu'il aimait tant !

Adieu ! cher collègue, au nom de la Société de Médecine, docteur Dérocque, adieu !

Résection précoce dans un cas d'ostéomyélite aiguë avec arthrite tibio-tarsienne. — Reproduction lente et complète de l'os. — Présentation de l'opéré, par M. Cerné.

Observation. — B., âgé de 15 ans, est entré le 18 août 1882 à l'hospice général.

Il est grand, maigre, ne porte pas de traces de scrofule. Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien à signaler.

Depuis 15 jours, il se plaignait d'un gonflement avec boiterie survenu à la partie inférieure de la jambe gauche et qui fut regardé au début comme le résultat d'une entorse. Cependant, les douleurs devinrent si violentes que ses cris étaient entendus dans le voisinage, et il avait une fièvre violente avec frissons.

Depuis son entrée à l'hôpital, il souffre moins. Deux ouvertures spontanées se sont produites en dedans et en dehors ; la fièvre est moins élevée, mais il est dans un abattement considérable. En prenant le service chirurgical le 29 août, nous constatons les phénomènes suivants :

La jambe gauche est le siège d'un gonflement lui donnant une apparence cylindrique, qui remonte jusqu'au tiers supérieur. Une fluctuation manifeste montre l'existence d'une vaste collection purulente, ouverte spontanément, comme nous l'avons dit, par des ouvertures étroites, laissant écouler un pus huileux abondant. Le pied est également très gonflé, il présente simplement la consistance de l'œdème.

Une intervention active nous semble urgente, et nous la pratiquons le lendemain 30 août.

Le malade étant endormi par le chloroforme, la jambe est tenue environ 10 minutes dans une position élevée, et le tube d'Esmarch est appliqué à la partie inférieure de la cuisse.

Incision longitudinale de la fistule interne, située au 1/3 inférieur, vers le pied. Elle donne issue à une quantité considérable de pus et permet de constater une dénudation circulaire du tibia, complète dans une certaine étendue au-dessus du cartilage de conjugaison. L'os est ulcéré en de nombreux points sur une grande étendue, et la gouge l'entame avec une facilité suprenante. Nous enlevons ainsi une rondelle à l'union du quart inférieur avec les 3/4 supérieurs, et la pince retire un large séquestre situé au-dessous, comprenant la partie de la diaphyse, complètement séparée de l'épiphyse.

Cette épiphyse, encore un peu adhérente en arrière et au niveau de la malléole interne, est enlevée en détachant avec soin

le périoste. L'articulation est pleine de pus et le cartilage articulaire de l'astragale presque entièrement détruit.

Les premières portions enlevées, comme nous l'avons dit, sont largement infiltrées de pus, ici collecté, là disséminé et cohérent dans les mailles du tissu raréfié, au milieu de taches rouge foncé. Poursuivant l'ablation de bas en haut avec la gouge, nous sentons le tissu devenir plus consistant ; le pus n'existe plus qu'en traînée, puis disparaît. Le quart postérieur de la circonférence de l'os est adhérent en haut au périoste : nous la détachons cependant parce qu'elle forme une aiguille pointue, dangereuse peut-être pendant les premiers jours qui suivront. La section est donc régularisée avec la pince de Liston.

Le segment de tibia enlevé mesure en totalité 13 centimètres.

Partout le périoste a été scrupuleusement respecté, sauf en haut et en arrière où la pointe de la pince a fait une légère éraillure laissant apercevoir les fibres tendineuses du jambier postérieur. Un peu plus bas, et en arrière également, existe aussi une ouverture spontanée par où le pus s'est créé une issue, et une fusée purulente remonte dans les interstices musculaires à la partie moyenne de la jambe.

Cette gouttière périostique, ouverte en dedans et en avant, présente des aspects différents suivant les points. Blanche là où nous avons décollé le périoste adhérent, elle est plus rosée partout ailleurs, sauf à la partie moyenne où existe une même couche osseuse de nouvelle formation ; celle-ci est blanche, lisse, très appréciable à la vue et au doigt, principalement sur les bords de l'incision, qui l'a divisée en son point le mieux apparent.

La fistule externe est agrandie. Elle se trouve à la base de la malléole externe, immédiatement au-devant du péroné, qui n'est pas dénudé, circonstance heureuse au point de vue de l'attelle naturelle que nous fournira cet os.

Lavages répétés avec une solution phéniquée à 5 pour 100.

Drains passant dans la fistule externe et par la fusée postérieure dont le trajet a été complété à l'aide d'un trocart.

La cavité est remplie de charpie phéniquée, recouverte de gaze, et enveloppée d'une feuille de gutta-percha laminée. Un appareil plâtré est immédiatement appliqué formant une gouttière antérieure avec semelle pour le pied.

Potion de Todd. — Extr. de quinquina.

Les suites furent extrêmement simples pendant un mois. Au bout de 10 jours, les bourgeons charnus recouvraient l'extrémité de section de l'os, dont de très petites parcelles seulement s'étaient détachées.

Il n'en fut pas de même pendant les deux mois suivants d'octobre et de novembre. Sans cause apparente et presque sans réaction fébrile, il se produisit du gonflement et de la douleur, un abcès de chaque côté et assez en arrière qui nous obligèrent à enlever tout appareil. Ces complications ne cédèrent qu'au drainage, à des soins très assidus et à la compression ouatée.

La malléole externe faisant une forte saillie, la peau s'ulcéra à son niveau, et l'eschare fut longue à guérir.

Enfin, au mois de janvier 1883, la cicatrisation était complète, sauf :

1° Une fistulette en avant à la partie inférieure de la cicatrice.

2° Une autre fistule en arrière du péroné, où s'est montré un abcès. Celle-ci se ferme, puis se rouvre sous un nouvel appareil plâtré. Au milieu de février, on peut retirer un petit séquestre, et elle se ferme définitivement.

Transversalement, la cicatrice est large et très déprimée en son milieu.

Mais la consolidation paraît marcher très lentement, et la reproduction osseuse ne se fait pas en tous les points. Elle est seulement bien manifeste dans le tiers supérieur de la cicatrice, où elle forme une sorte de pyramide à base reposant sur notre surface de section. Au-dessous la jambe est extrêmement grêle ; la cicatrice est légèrement résistante sous le doigt, mais il n'y a pas de noyau osseux suffisant.

De plus, le pied est considérablement dévié en dedans. L'impossibilité de maintenir des appareils a permis au tissu nouveau de se rétracter. Outre cette déviation, le pied est certainement remonté par glissement sur le péroné, d'au moins un centimètre, en sorte que la pointe de la malléole externe, d'une part, fait une saillie considérable et s'est de nouveau ulcérée, d'autre part atteint de nouveau le bord externe du pied.

Nous hésitons quelque temps en nous demandant s'il ne faudrait pas relever le bord externe du pied en réséquant quel-

ques centimètres du corps du péroné ; enfin nous nous décidons à réséquer seulement la malléole externe, le 15 mars.

Après chloroformisation, je pratiquai une incision antérieure, détachai le périoste très facilement et trouvai un tissu très friable, infiltré de sérosite jaunâtre, en un mot certainement enflammé.

Deux centimètres 1/2 environ furent enlevés. La partie correspondante de l'astragale était aussi affectée d'ostéite, et fut ruginée.

Un lambeau de périoste étant rabattu sur l'extrémité osseuse, un drain fut placé et des sutures appliquées. Pansement de Lister recouvert d'ouate. Gouttière en fil de fer.

La réunion immédiate fut presque parfaite. Nous n'avons à signaler que l'apparition, le lendemain même de l'opération, d'une éruption scarlatiniforme accompagnée de fièvre peu intense. (Déjà une poussée analogue avait eu lieu 15 jours environ après la première opération.)

Le redressement latéral donné par l'opération complémentaire était très suffisant. Elle fut suivie également de la fermeture de la fistule antérieure et à la fin d'avril, nous pûmes appliquer un appareil silicaté.

Le malade se leva, et dans un faux mouvement, il se cassa la cuisse du même côté, à la partie moyenne. Cette fracture à propos d'un traumatisme bien minime venait singulièrement se montrer en parallèle avec la difficulté de la reproduction osseuse du tibia.

Nous traitâmes la fracture de cuisse par l'appareil de Scultet avec extension.

Au commencement de juin, la cuisse étant suffisamment solide, nous enlevons l'appareil silicaté. Il n'y avait pas davantage de consolidation, et de plus la fistule antérieure était réouverte : pour peu le temps, il est vrai, car la sortie de petits fragments osseux amena une fermeture définitive.

L'appareil silicaté avait été remplacé par un appareil plâtré ; 10 jours après, nous étions obligé de le supprimer par suite de la production d'une eschare au talon.

Au milieu de juillet, nouvel appareil silicaté qui est enlevé au commencement de septembre.

La reproduction osseuse a certes fait des progrès, mais elle

n'est pas encore complète au bout d'un an. Les 2 fragments sont distants d'environ 2 centimètres et réunis par un tissu fibreux; ils vont s'effilant à la pointe, brusquement pour le fragment supérieur, peu à peu pour l'inférieur, qui est grêle.

D'ailleurs, la santé générale est bonne; la marche avec un appareil silicaté peut se faire à l'aide de béquilles : il est même arrivé au malade de faire quelques pas sans douleur en s'appuyant sur le pied.

Il n'y a pas de nouvelle déformation du pied; mais comme celui-ci n'a pour soutien que le péroné auquel il n'est même uni que par des liens bien relâchés, il ne possède aucune fixité.

Un nouvel appareil, bien solide, est appliqué, et B. sort de l'hôpital le 9 septembre, tant pour ne pas s'éterniser à ne rien faire que pour voir si le séjour au dehors ne sera pas profitable à une guérison plus parfaite.

Il revient nous voir seulement au bout de 10 mois, le 5 juillet 1884. Il est très fort et a beaucoup grandi, son appareil a bien résisté, sauf au niveau de la plante du pied, et peu à peu il s'est si bien habitué à son usage que nous l'avons rencontré sans canne et marchant parfaitement presque sans boiterie.

La raison nous en est donnée par l'examen après ablation de l'appareil. La reproduction osseuse s'est enfin complétée. Voici quel est l'état actuel:

Le raccourcissement total du membre inférieur gauche est de 7 centimètres, dont 6 au-dessous du genou. Nous le devons à la fois à la résection du péroné et à une moindre croissance. Le raccourcissement de un centimètre que nous constatons à la cuisse peut reconnaître deux raisons; ou une croissance moins active que de l'autre côté, ou un léger raccourcissement venant de la fracture dont nous avons parlé. Il en est de même pour l'atrophie musculaire de cette région dont la circonférence à la partie moyenne mesure 6 centimètres de moins qu'à droite. Signalons ainsi de suite que le pied gauche est moins long que le droit de 2 centimètres, ce qui résulte bien, d'un arrêt de croissance.

Quant à la jambe, son atrophie est, bien entendu, considérable : 9 centimètres de moins que de l'autre côté, comme circonférence.

La cicatrice de la longue incision opératoire a peu de largeur, son milieu est déprimé, et elle commence à se mobiliser sur l'os sous-jacent. Celui-ci a encore peu de volume et quelque flexibilité, semble-t-il, au niveau du point reproduit en dernier lieu ; mais il est certainement continu et il s'est en outre considérablement épaissi en bas, sans égaler encore l'état normal.

La malléole interne est partiellement régénérée ; il n'y a pas de malléole externe et la cicatrice de ce côté n'a pas bougé.

Le pied est immobile sur la jambe et son bord externe est quelque peu abaissé ; il s'ensuit une cambrure prononcée qui n'empêche pas la sustentation de se faire sur le talon à l'avant-pied.

Notons encore une incurvation générale de la jambe en dedans, incurvation dont le siège paraît être au-dessous du plateau tibial ; la tête du péroné est plus saillante et paraît aussi plus volumineuse que de l'autre côté, mais elle n'est pas remontée.

Enfin, en faisant tenir l'opéré debout, une légère inclinaison du bassin réduit la différence de hauteur des 2 talons à 4 cent. 1/2.

Nous faisons porter à notre opéré un appareil silicaté amovo-inamovible.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE

ÉTUDE SUR LES EAUX DE LUCHON DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS *(suite)*,

Par M. de Lavarenne.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

M. Martineau serait disposé à étendre la question et à l'inscrire à l'ordre du jour sous le titre suivant : « *De l'utilité des* « *Eaux minérales dans le traitement de la syphilis.* » MM. Fournier et de Lavarenne ne sont pas partisans des eaux sulfureuses dans le but de dévoiler et de guérir une syphilis ancienne ; il ne partage pas leur opinion sur ce point.

Les sulfureux ne sont dangereux que si on les emploie avant le traitement méthodique de la vérole.

Mais lorsque le traitement mixte a été mis en jeu pendant deux ou trois ans, et de la façon dite *alternante*, le traitement d'épreuve par les eaux sulfureuses peut être conseillé sans danger et avec grande utilité pour les malades. Ceux-ci peuvent alors le supporter sans avoir à redouter d'accidents sérieux. S'il se produit quelques légères manifestations par le fait du traitement hydro-minéral sulfureux, elles ont lieu d'ordinaire deux ou trois mois après le cure. L'année suivante, il peut y avoir encore une poussée syphilitique : mais la présence ou l'absence de ces poussées indiquent qu'il faut ou qu'il ne faut pas reprendre la médication spécifique, et permettent de dire au malade qu'il est ou qu'il n'est pas guéri. Nous ne devons pas cependant *affirmer* la guérison, si l'épreuve sulfureuse a été négative. Nous devons au contraire tenir toujours le malade en garde contre l'éventualité d'un retour de nouvelles manifestations morbides.

Les eaux sulfureuses ont donc une très heureuse influence sur le syphilitique, lorsqu'elles ne sont pas employées *avant* le traitement spécifique ; et notamment les eaux de Challes, qui ont été expérimentées à Lourcine sur une large échelle, ont produit des effets très favorables sur l'état du sang, en révélant par l'analyse microscopique de celui-ci une augmentation considérable des globules: leur nombre, tombé à 2 millions, se retrouvait porté à 4 et 5 millions. Les eaux sulfureuses favorisent aussi l'absorption du mercure, font qu'il est mieux supporté, et qu'il ne provoque pas de stomatite.

M. DE LAVARENNE répète une fois encore qu'il est bien loin de faire le procès des eaux sulfureuses dans le traitement de la syphilis. Il n'a traité que la question du *traitement d'épreuve*, et c'est dans une séance ultérieure qu'il abordera le problème de la *médication mixte*, celle des eaux sulfureuses alliées au traitement spécifique.

M. FILLOT désire appuyer les observations de Dr Caulet en ce qui touche les difficultés du diagnostic de la syphilis. Ce dia-

gnostic est dans certains cas très difficile, quelquefois même impossible, comme il résulte de certaines observations de coryza unilatéral observées par lui à S[t]-Christau, et rapportées dans son mémoire, lu dans une des précédentes séances.

La discussion continuera dans une séance prochaine.

M. Petit communique à la Société une note relative à une grande *Carte des Eaux minérales de la France*, qu'il se propose d'envoyer à l'Exposition internationale d'hygiène de Londres.

Séance du 21 *août* 1884. — Présidence de M. Constantin Paul.

Rectifications à l'occasion du procès-verbal.

M. Labat déclare avoir été trop affirmatif au sujet de l'excellence des résultats qui seraient obtenus par le fait de l'installation d'un *sanatorium* au Mont-Dore. Il n'a pas tenu un compte assez grand des variations atmosphériques très rapides et très fréquentes qui existent dans cette cité balnéaire.

M. de Lavarenne tient à revenir sur la distinction qu'il a établie relativement au traitement du syphilitique par les eaux sulfureuses. D'une part, il y a le *traitement d'épreuve*, tel qu'on le pratique à Luchon ; celui-là, il le blâme et le repousse. D'autre part, il y a le traitement sulfureux employé comme *moyen curatif adjuvant*, qu'il accepte et qu'il préconise. Il désavoue donc hautement l'opinion que M. Martineau a paru lui attribuer touchant ce second point de la question.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Lettre de M. de Ranse, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

2° Lettre de M. le D[r] Gubian, annonçant l'envoi d'une brochure — *Aix médical* — à l'appui de sa candidature au titre de membre *correspondant*.

Il sera répondu à M. Gubian que la brochure n'est pas parvenue à la Société, et que le Règlement exige un travail *manuscrit* pour l'obtention du titre de correspondant.

3° Lettre de M. NICOLAS, Directeur du service intérieur au Ministère du Commerce et Conseiller d'Etat, exprimant à la Société tous ses regrets de n'avoir pu assister à son banquet annuel.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.

1° Un travail de M. SOULIGOUX, correspondant national, *sur la dilatation de l'estomac et son traitement par le lavage et les alcalins.*

2° Les journaux ordinaires de la Société :

2 numéros du *Compte rendu des Académies et Sociétés savantes*, de la *Gazette des Touristes*, de la *Gazette des Eaux*, du *Journal d'hygiène*, du *Monde thermal* ;

1 numéro de la *Tribune médicale*, de l'*Echo des Villes d'Eaux*, de la *Loire médicale* de la *Revue hebdomadaire de thérapeutique* ;

1 fascicule de la *Revue d'hydrologie et de climatologie pyrénéenne*, et des *Annales de la Société d'hydrologie Espagnole.*

PRÉSENTATION.

M. FILLOT.— J'ai l'honneur d'offrir à la Société d'hydrologie une brochure relative aux *Eaux minérales de St-Christau*, écrite en collaboration avec notre collègue, M. Paul Bénard, médecin aux Eaux de St-Christau.

Au moment où j'ai cessé d'exercer dans cette station, j'avais consigné en quelques pages le résultat de ma pratique thermale pendant quinze années consécutives. M. Paul Bénard a bien voulu se charger de mettre en ordre ces documents en les enrichissant d'un aperçu historique, de notes nombreuses et d'un index bibliographique. Je remercie publiquement ici mon intelligent collaborateur auquel j'ai laissé un embryon, et qui me met à même de vous présenter un enfant de très belle apparence. Permettez-moi de résumer en quelques mots la substance de ce travail.

Les eaux de St-Christau, qui ont reçu de plusieurs auteurs nom de *ferro-cuivreuses*, sont des eaux froides à minéralisation peu élevée, et renfermant, ainsi qu'il résulte des analyses

de MM. Filhol et Willm, de petites quantités de sulfates de cuivre et de fer, des traces d'iode et d'arsenic.

Leurs effets sur l'organisme sain se traduisent par une action pathogénétique analogue à la poussée d'eaux fortement minéralisées. Cette poussée se manifeste sur plus d'un tiers des baigneurs, et même chez des personnes qui n'ont fait que boire de l'eau des *Arceaux*.

Les indications thérapeutiques sont relatives non seulement au traitement des dermatoses, comme l'enseignait la tradition locale, mais aussi de certaines affections de quelques membranes muqueuses, telles que la langue, les fosses nasales et les yeux. Les dermatoses qui m'ont paru le plus bénéficier des sources minérales, dont j'ai l'honneur de vous parler, appartiennent surtout aux affections circonscrites dépendant de l'arthritis ou de la scrofule. Les lésions ulcéreuses, quelle que soit leur nature, variqueuse, scrofuleuse ou syphilitique, m'ont paru aussi très justiciables des eaux dont il s'agit.

C'est surtout dans les affections des muqueuses que le procédé de la pulvérisation m'a paru fort bien réussir. J'ai eu l'honneur dernièrement d'entretenir la Société des heureux résultats obtenus avec l'eau des Arceaux dans le coryza chronique. Je vous ai aussi parlé à diverses reprises des effets importants que j'ai pu retirer dans les ophthalmies chroniques,

Vous trouverez dans l'ouvrage que j'ai l'honneur d'offrir à la Société plusieurs observations des plus intéressantes de kératite chronique panniforme avec albugo, qui permettent d'assigner aux Eaux de St-Christau une place à part dans le cadre hydrologique.

Élection.

M. Granier, médecin à Amélie-les-Bains, est nommé membre *correspondant national.*

(*A suivre.*)

Le Gérant : Dr A. Lutaud.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

4e Année. — T. VII. N° 12 20 Septembre 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

L'INTERNAT DES FEMMES

Une intéressante polémique s'est élevée récemment entre plusieurs journaux politiques et la *France médicale* relativement à la question de l'admission des femmes dans les hôpitaux à titre d'internes. On sait qu'un assez grand nombre de femmes suivent à Paris les cours de la Faculté et les visites des hôpitaux. Quelques-unes mêmes ont conquis très brillamment le titre d'externe et en exercent les fonctions, je ne dirai pas à la grande satisfaction de tout le monde, mais, tout au moins, avec zèle et dignité et sans que leur présence dans le service hospitalier ait donné lieu à des réclamations ou ait été signalée par aucun inconvénient.

Après avoir été admises à l'externat, les femmes se présentent tout naturellement au concours de l'internat.

FEUILLETON

REVUE PROFESSIONNELLE

LES MÉDECINS DOIVENT-ILS DÉLIVRER DES CERTIFICATS *POST MORTEM* A PRODUIRE AUX COMPAGNIES D'ASSURANCES SUR LA VIE (1)?

Par Georges Rocher, avocat à la cour d'appel de Paris.

Messieurs,

A votre dernière séance, on vous a donné connaissance d'une lettre adressée à notre président M. Brouardel par M. le Dr Gibert, au nom du syndicat des médecins du Havre, lettre par laquelle il sollicitait de la Société de médecine légale, l'examen d'une question qui intéresse le corps médical tout

(1) Rapport lu à la Société de médecine légale.

C'est alors que sont survenues les protestations dont plusieurs journaux se sont fait l'écho et qui ont eu pour point de départ une pétition des internes qui redoutent probablement les tentations occasionnées par l'aimable voisinage de leurs collègues féminins. Voici les réflexions et les objections présentées par la *France médicale* :

« On connait le rôle de l'interne dans nos hôpitaux parisiens : c'est lui qui est le bras droit du chef de service, l'interprète de ses ordres, son suppléant à la visite du soir ; presque toujours il devient bientôt son ami et le confident de ses travaux. Nous concevons que peu de médecins se soucient d'établir les mêmes rapports d'étroite intimité avec une dame, si pourvue qu'elle puisse être de toutes sortes d'avantages intellectuels et autres.

Là n'est pas cependant la raison principale de l'opposition des chefs de service. Ils se sont souvenu que la principale fonction des internes est la *garde de l'hôpital*, cette longue faction de plus de vingt heures pendant laquelle un homme seul, comme le marin sur son banc de quart, est responsable de la sûreté de tout le bâtiment. Si subite, si imprévue que soit l'occurrence, qu'il s'agisse d'un empoisonnement, d'un traumatisme grave, d'un accouchement laborieux, d'un croup nécessitant la trachéotomie, c'est à l'interne de garde qu'on s'adresse, c'est lui qui doit juger la situation, prendre une décision prompte et souvent l'exécuter sans aide. Pour suffire à ces obligations re-

---

entier. Je crois utile de vous remettre sous les yeux cette lettre et les documents qui l'accompagnent.

Voici la lettre du Dr Gibert :

A M. le Président de la Société de médecine légale.

Monsieur et honoré confrère,

Une question d'un grand intérêt professionnel a été soulevée, l'été dernier, au sein du syndicat médical du Havre ; il s'agit du certificat *post mortem* exigé des médecins lors du décès d'un de leurs clients assuré à une compagnie d'assurances sur la vie.

Dans la seconde séance la discussion a abouti à une décision prise alors à l'unanimité de refuser le certificat comme principe absolu. Notification fut faite aux compagnies qui s'émurent et envoyèrent de Paris un délégué, M. Faure, directeur de l'*Union*, branche Vie. M. Faure demanda et obtint qu'on remît en discus-

doutables, il faut que l'interne de garde ait le pied ferme, l'œil sûr, la tête froide et les idées nettes. Et l'on irait confier cette responsabilité à une femme, c'est-à-dire à un être dont la vigueur physique est limitée et qui, par sa nature même, est sujet à des éclipses passagères de son jugement et de sa volonté ! En vérité, ceux qui défendent une pareille idée, ou ne connaissent pas la question, ou n'y ont jamais réfléchi. »

Telles sont les objections présentées par notre collègue ; mais sont-elles fondées ? Non certainement si nous envisageons la question au point de vue purement physique. La plupart des femmes qui abordent l'étude de la médecine le font avec connaissance de cause et possèdent les forces suffisantes. Nous connaissons plusieurs dames étudiantes qui sont physiquement mieux douées que la moyenne de nos internes parisiens. Oui, la femme peut avoir, aussi bien que l'homme, la présence d'esprit, la netteté des idées et le coup d'œil nécessaires pour parer aux éventualités d'une garde d'hôpital. Il semble même puéril d'aborder cette question qui nous ramènerait au fameux concile de Mâcon dans lequel les Pères de l'Église discutaient et se chamaillaient à l'effet de savoir si la femme avait une âme.

Il nous semble qu'il n'y a pas d'inconvénients sérieux à ouvrir à la femme l'internat, puisqu'on l'a acceptée comme externe. Du reste, nos internes n'ont pas à craindre l'envahissement, du moins pendant le XIXe siècle. La femme médecin est une

---

sion notre décision, et cette fois une minorité importante fit valoir des arguments en faveur des familles des décédés. Au vote, la majorité fut acquise au refus du certificat ; mais dans un intérêt de conciliation et pour ne pas assumer une trop grande responsabilité, le syndicat décida que la question serait renvoyée à la Société de médecine légale de Paris pour y être l'objet, si elle y consent, d'une discussion approfondie et d'un vote définitif.

Je joins à ma lettre, Monsieur le Président, deux documents. Le premier est le travail du Dr Chauvel, vice-président du syndicat, qui présente les arguments en faveur du refus du certificat. Le second est le travail du Dr Margueritte, organe de la minorité, en faveur du *statu quo*. A ces deux travaux je désire ajouter quelques considérations tirées des circonstances de fait qui ont appelé l'attention des médecins du Havre sur cette question.

L'été dernier, un assuré mourut de phthisie pulmonaire, après

exception, presque une anomalie avec nos mœurs actuelles, et il nous semble inutile d'entraver les efforts de quelques courageuses femmes qui essaient de s'affranchir des préjugés qui entoureront encore longtemps leur sexe.

A. Lutaud.



REVUE CLINIQUE

—

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE DE LA DIPHTHÉRIE (1)

Par le Dr Pruvost.

Je fus consulté le 24 février dernier par une jeune bonne d'une vingtaine d'années, de constitution un peu lymphatique, mais d'une bonne santé antérieure. Elle souffrait de la gorge depuis la veille, et se plaignait surtout de gêne dans la déglutition. L'examen ne me fit constater qu'un peu de rougeur diffuse, sans gonflement des amygdales. Pas de coryza ni d'engorgement ganglionnaire. La malade ne croyait pas s'être exposée à un refroidissement, non plus qu'à aucune autre in-

(1) Mémoire lu à la *Société de Médecine pratique*, dans sa séance du 19 juin 1894.

---

avoir payé une prime. La veuve, après le décès, supplia son médecin de ne pas indiquer sur le certificat la mention de phthisie pulmonaire, mais celle de bronchite chronique, sans quoi, disait-elle, elle ne serait certainement pas payée.

Le médecin se trouvait donc dans l'alternative ou de nuire aux intérêts de sa cliente, ou de ne pas dire dans le certificat toute la vérité.

L'an dernier également, un homme ayant depuis de longues années des habitudes d'intempérance, s'assura à deux compagnies pour une forte somme ; après le paiement d'une prime il fut atteint d'une écorchure qui amena, grâce à l'alcoolisme, des accidents graves, puis mortels.

Le médecin refusa, après d'inutiles sollicitations, de spécifier la cause de la mort, et la veuve fut payée.

Un homme qui s'adonnait à des débauches de tout genre mou-

fluence mauvaise. Du reste, l'appétit était conservé, et il n'y avait aucune apparence d'état fébrile.

Je conseillai le séjour à la chambre, l'usage répété de gargarismes émollients, la prise, à 24 heures d'intervalle, de deux doses de sulfate de quinine de 0 gr. 40, enfin une alimentation aussi douce que possible.

Le surlendemain, je fus appelé près de la malade qui se trouvait très faible et n'avait presque pas dormi de la nuit. Je la trouvai au lit, dans une chambre située au 6e étage, et au plafond de laquelle je remarquai de suite une large tache de moisissure de 70 centimètres environ de diamètre. Cette tache répondait exactement comme verticalité à la tête du lit. Non loin de là, sur le mur, se voyaient d'autres moisissures encore plus étendues en surface, et provenant, comme les premières, d'une infiltration d'eau. Il y avait trois mois qu'une rupture du réservoir avait déterminé cette infiltration. On avait bien fait quelques réparations du côté du toit, sans se préoccuper autrement de la chambre que la jeune bonne avait seulement abandonnée pendant un mois. Lorsqu'elle en reprit possession, deux mois avant l'invasion de la maladie, les moisissures existaient déjà à peu près comme je viens de les décrire, mais elle eut le soin de les faire disparaître le mieux qu'elle put, au moyen de la brosse et du balai.

Tout alla bien pendant six semaines, puis il survint une toux

---

rut des suites de ses vices. Le médecin, sollicité par les compagnies et par la famille également, refusa de donner aucune indication sur la cause réelle de la mort de son client, et les compagnies payèrent.

On pourrait multiplier ces exemples sans sortir de la circonscription du Havre, et il est clair qu'ils se renouvellent partout.

Je n'en ajouterai qu'un dernier qui a bien son enseignement.

Un homme assuré pour de très grosses sommes à plusieurs compagnies mourut subitement, sous mes yeux. On l'avait vu le matin à ses affaires ; il mourait quelques heures après. Bien que sa mort fût naturelle, le médecin fut soupçonné d'avoir été de connivence pour cacher la nature vraie du décès.

Il suit de l'énumération de ces quelques faits que la situation ı médecin est quelquefois intolérable, et qu'il s'expose soit en sant la vérité, comme dans ce derniercas, soit en la taisant quand

quinteuse, existant principalement dans la matinée et ressemblant parfois à de véritables quintes de coqueluche. La malade avait omis, lors de sa visite, de me parler de cette toux, à cause du peu d'importance qu'elle y attachait.

Du reste, l'auscultation que je pratiquai alors, le 26 février, ne me révéla rien de particulier du côté de la poitrine.

A l'examen de la gorge, je découvris sur l'amygdale gauche une plaque pseudo-membraneuse d'un blanc terne, s'étendant déjà sur une partie du pilier antérieur correspondant. Les autres parties de la gorge étaient seulement rouges et un peu luisantes. La déglutition ne paraissait pas très gênée, et il n'existait qu'un peu de douleur dans l'oreille gauche.

Pas de nasonnement, pas de coryza; seulement un léger engorgement sous-maxillaire à gauche. Le pouls était faible, mais sans fréquence.

Comme je ne pouvais m'empêcher de penser que les moisissures du plafond avaient dù jouer un rôle important dans le développement des fausses membranes de la gorge, j'en augurai une gravité moindre du pronostic. En effet, dans l'hypothèse où les moisissures auraient déterminé la maladie, il me semblait que des organismes végétaux se développant directement et sans intermédiaire sur un être humain, ne devaient pas posséder des propriétés nocives aussi marquées que s'ils avaient été transmis d'homme à homme par contagion.

---

elle est contraire à l'intérêt de ses clients, à être jugé sévèrement par les compagnies ou par les familles,

Dans de pareilles circonstances, ne semble-t-il pas plus honorable pour le corps médical de, prendre au sujet du certificat *post mortem* la même attitude qu'il prend aujourd'hui au sujet des renseignements que certains agents demandent encore sur la santé de nos clients.

Aujourd'hui, depuis le rapport de Moutard-Martin, le médecin refuse des renseignements. Ne semble-t-il pas que la même situation doive lui être faite quand il est en présence de la cause du décès.

Les compagnies d'assurances font valoir la nécessité où elles sont de se prémunir contre les fraudes, et le certificat *post mortem* est une arme entre leurs mains pour se mettre à l'abri de la fraude, au moins dans un certain nombre de cas. Il me semble que le

Néanmoins, après le transport immédiat de la malade dans une chambre, bien située au 3e étage, je conseillai une médication aussi énergique que possible : irrigations d'eau de chaux dans la gorge toutes les deux heures ; attouchement des fausses membranes, trois ou quatre fois par jour, avec un pinceau trempé dans une solution phéniquée au 1/30 ; gargarismes fréquents avec une solution légère de chlorate de potasse dans l'eau de guimauve ; enfin, toniques à l'intérieur sous forme d'extrait mou de quinquina, de café et d'une nourriture substantielle.

Je comptais trouver une amélioration notable le lendemain matin ; aussi quelle ne fut pas ma surprise de constater l'apparition de nouveaux accidents, en même temps qu'une aggravation de l'état général ! La malade se trouvait très faible, avait le teint blafard, et se plaignait d'avoir de la peine à respirer par le nez.

La voix était nasonnée, et il existait un peu d'écoulement séreux par la narine gauche. En outre, je constatai de ce côté un engorgement ganglionnaire très prononcé en forme de boudin, s'étendant de l'angle de la mâchoire jusqu'au milieu du cou, le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien.

Dans la gorge, les fausses membranes étaient manifestement moins épaisses et moins étendues en surface que la veille.

Bien que mon optimisme fût un peu ébranlé, réfléchissant

---

grand mal, quand on veut aller au fond des choses, est, de la part des compagnies, de faire des affaires par le moyen d'agents qui sont payés sur la première prime de l'assuré. L'agent a un intérêt évident à faire le plus de contrats pour encaisser le plus d'argent possible, quelques-uns d'entre eux touchant le plein de la première prime et la plupart un fort pourcentage.

Dès lors ils ne cherchent pas avant tout à procurer à leurs compagnies la qualité des risques, mais la quantité. Les compagnies, pour se garer des inconvénients graves attachés à ce mode d'opérer, ont eu recours à l'introduction dans leurs polices d'un article qui ne manque dans aucune, exigeant de la part des familles, rmi les pièces à produire après le décès, un certificat du médetraitant, constatant la nature de la cause du décès. Il s'agit en lité dans notre esprit de leur faire renoncer à cet article des ices, qui engage trop souvent le secret professionnel. Si elles le

que j'avais eu le tort de ne pas conseiller d'irrigations d'eau de chaux par les narines, je maintins mon pronostic et conseillai la continuation du traitement.

Mais cette fois il fut convenu que les irrigations d'eau de chaux seraient faites toutes les heures, aussi bien par les narines que par la bouche.

La jeune malade, qui était énergique et sentait bien que son état présentait une certaine gravité, ne craignit pas d'outrepasser un peu mes conseils, et se fit faire une irrigation presque toutes les demi-heures. A plusieurs reprises, les irrigations nasales ramenèrent un peu de sang par la narine gauche, mais cela n'effraya pas la malade qui commençait à se trouver mieux.

Le lendemain, 28 février, je trouvai les choses bien changées ; le teint était moins pâle, la voix n'était presque plus nasonnée et l'engorgement ganglionnaire avait diminué de près des deux tiers. Du côté des fausses membranes de la gorge, l'amélioration suivait également son cours.

Pendant trois jours encore, la médication fut maintenue d'une façon presque aussi énergique. A ce moment, il n'y avait plus de traces de l'engorgement ganglionnaire ; l'amygdale gauche n'était plus recouverte que par une fausse membrane excessivement mince et de la grandeur d'une lentille.

Les autres parties de la gorge étaient revenues à leur état

---

retranchent de leurs polices elles auront à modifier leur manière de traiter les affaires, et en particulier à exiger de leurs médecins propres une plus grande attention, un examen plus sévère et mieux fait de chaque proposition d'assurance.

Nous ne croyons pas leur faire de tort en les priant de supprimer cet article, mais au contraire nous pensons les obliger à entrer dans une voie où leurs intérêts réels seront mieux sauvegardés.

Vous voudrez bien, Monsieur le Président, en m'accusant réception de ma lettre, me faire savoir si la Société de médecine légale consent à mettre en discussion le sujet dont je viens de vous entretenir.

Agréez, je vous prie, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments confraternels. Dr Gibert.

(*A suivre*).

normal ; l'appétit était excellent et l'état général ne laissait rien à désirer.

Par précaution, je fis encore continuer le traitement, quoique moins activement, pendant trois autres jours; mais l'amygdale malade n'attendit pas ce moment pour se dépouiller complètement de la petite pellicule blanchâtre qui la recouvrait encore. Je me contentai alors de soumettre, pendant quelques semaines, la malade à un traitement tonique dont l'iodure de fer forma la base.

Je l'ai revue souvent depuis, et j'ai eu la satisfaction de voir que la guérison s'était bien maintenue.

Avant d'examiner les diverses considérations auxquelles cette observation me paraît donner lieu, je dois dire que dès ma première visite, je m'empressai de comparer entre eux les caractères morphologiques de la plaque pseudo-membraneuse et des moisissures du plafond.

Ces dernières m'apparurent, à un grossissement d'environ 300 diamètres, sous forme de petites spores vertes, excessivement nombreuses et très réfringentes ; les unes libres et disséminées au milieu de quelques rares filaments mycéliens, les autres très fines et groupées en masses arrondies, ou sporanges. Ces masses, d'un vert sombre, étaient nettement limitées par une ligne ombrée dessinant leur enveloppe.

En quelques endroits, on voyait des sporanges rompus qui avaient laissé échapper une partie de leurs spores. Il n'y avait aucune trace de columelle dans les sporanges encore intacts.

Je viens de dire que les tubes de mycélium étaient rares, ce que je m'expliquai par le raclage très superficiel auquel j'avais soumis les moisissures, en même temps que par l'abondance de leur fructification à cette époque. Parmi ces tubes, les uns étaient longs et flexueux, généralement isolés, mais s'anastomosant aussi quelquefois entre eux sous forme d'Y irréguliers ; les autres, beaucoup plus petits, se présentaient sous forme de bâtonnets tantôt réguliers, tantôt plus ou moins moniliformes, quelquefois anastomosés en V ou en Y. Dans tous les cas, ils ésentaient à chacune de leurs extrémités, comme à leur point réunion, de petits renflements ampullaires. Par exception, ıelques-uns de ces petits filaments tubuleux n'offraient de nflement qu'à une seule extrémité.

Quant aux débris de fausses membranes que je pus détacher de l'amygdale, je les trouvai constitués par une quantité considérable de blocs anguleux, déchiquetés et réfringents, dont les nombreux prolongements offraient à certains endroits quelque ressemblance avec des ramures de cerf.

En outre de ces blocs, à contenu d'aspect hyalin, que limitait une ligne épaisse et sombre, on voyait çà et là quelques cellules pâles et munies encore d'un noyau et d'un nucléole. Ces cellules, à peine déformées pour la plupart, présentaient généralement de petites brèches qui semblaient avoir été la voie d'infiltration d'un certain nombre de petits éléments.

Ces éléments, qui envahissaient en beaucoup de points l'intérieur des blocs, se trouvaient surtout en grand nombre autour de ces derniers, et les unissaient sous forme d'un fin réseau.

Ils étaient constitués spécialement par de petits filaments tubuleux, les uns isolés, les autres associés à deux ou à trois, sous forme de V ou d'Y, ou ramifiés en réseau autour des blocs déchiquetés. Chose importante à noter : malgré l'intrication de ces filaments, leurs points de conjugaison étaient généralement marqués par un renflement. Pareil renflement existait aussi sur les filaments isolés ou conjugués en V ou en Y.

Les filaments qui infiltraient les cellules épithéliales ou les blocs anguleux étaient ordinairement isolés, ou conjugués à deux ou à trois. Quelquefois, cependant, ils offraient un commencement de ramification, et, dans ce cas, les cellules épithéliales étaient notablement déformées et allongées, en même temps que leurs contours paraissaient un peu ombrés.

Lorsque les espaces devenaient un peu plus libres, on voyait, en outre, des filaments de petits corpuscules arrondis et réfringents, ressemblant, sauf par leur coloration pâle, aux spores disséminées sur la préparation de moisissures.

Phénomène curieux : huit heures environ après l'examen des fausses membranes et sans avoir touché à la préparation qui était restée sous le champ du microscope, je constatai le développement de nouveaux filaments tubuleux très courts, les uns isolés et renflés à une ou deux extrémités, les autres réunis sous forme de V ou d'Y, également renflés à leurs extrémités et à leur point de conjugaison. En outre, quelques cor-

puscules étaient devenus un peu pyriformes. J'étais très sûr de n'avoir rien remarqué de semblable le matin à l'endroit où je faisais alors cette constatation, et je me souvenais très bien de n'y avoir vu que des corpuscules libres et bien arrondis.

Mais il est temps de chercher maintenant à interpréter le résultat de l'examen détaillé que je viens d'exposer.

Je n'hésite pas à dire que j'attribue aux moisissures du plafond le développement d'une angine diphthéritique chez ma malade.

La première série de faits qui me paraît devoir donner un grand poids à cette opinion se rattache aux circonstances qui ont précédé l'invasion de la maladie, et que j'ai énumérées au début de cette observation ; séjour la nuit, pendant plusieurs semaines, immédiatement au-dessous d'une large plaque de moisissures, qu'on avait fait d'abord disparaître, mais qui n'a pas tardé à se montrer de nouveau sous l'influence de la fructification très active à cette époque de l'année ; toux quinteuse, comme celle d'une coqueluche, pendant les 15 jours qui précèdent l'apparition des fausses membranes ; prédominance dans la matinée de cette toux, qui ne se rattache à aucun état maladif de la poitrine, et cesse dès le jour où la malade abandonne sa chambre; enfin, absence de toute autre cause appréciable de contagion.

La seconde série de faits, que je regarde comme beaucoup plus décisive, est relative à l'étude histologique comparative que je viens de faire.

Quelle ressemblance, pour ne pas dire quelle identité, d'une part, entre les spores du champignon et les corpuscules arrondis et réfringents de la fausse membrane ; d'autre part, entre les divers filaments mycéliens et les filaments tubuleux simples ou ramifiés, ayant avec les petits corpuscules de la fausse membrane une relation d'origine si manifeste. Je ne puis m'empêcher d'insister de nouveau sur la disposition des réseaux formés par les filaments, qui présentaient à peu près tous un renflement à leur point de conjugaison, indice du mode parti-
…ier de fécondation de ces éléments. Qu'on ajoute à cela l'in-
…ration plus ou moins avancée des cellules épithéliales par
… corpuscules et les filaments tubuleux, isolés ou conjugués,
…l me semblera bien difficile de ne pas admettre un lien étroit

et direct de parenté entre les organismes des moisissures et ceux des fausses membranes.

Après ces diverses preuves, je regarde maintenant comme moins importante l'interprétation du mode de formation des blocs anguleux déchiquetés que j'ai décrits. Je dirai seulement, à cet égard, que je me rallie volontiers à l'explication donnée par Wagner. On sait que cet auteur admet qu'il se produit dans l'intérieur des cellules épithéliales une infiltration fibrineuse dont les conséquences sont l'accroissement de leur volume et le refoulement à leur périphérie du protoplasma. Celui-ci se déforme et s'allonge sous forme de filaments ramifiés qui se soudent à ceux qu'émettent les cellules voisines, et forment ainsi un réseau caractéristique dans lequel le noyau ne tarde pas à disparaître.

Par les développements dans lesquels je suis entré, on voit pourquoi je ne puis admettre, dans ce cas, que la maladie ait été primitivement générale. J'irai plus loin, en disant que je pense qu'il en est ainsi dans tous les cas. En effet, si certains états infectieux graves paraissent quelquefois peu en rapport avec l'intensité de la lésion locale, il est permis de supposer que bien souvent, si ce n'est toujours, la lésion de la gorge n'est pas seule ; qu'à côté d'elle et la précédant probablement, il en existe une autre dans les fosses nasales ou leur arrière-cavité. Or, en l'absence de symptômes fonctionnels et par suite des difficultés d'investigation, cette lésion peut quelquefois ne pas être soupçonnée. A cet égard, l'observation que je rapporte me semble tout à fait concluante. Elle prouve que la dipththérie des fosses nasales a non seulement été la véritable cause déterminante de l'engorgement ganglionnaire et de l'aggravation de l'état général, mais aussi qu'elle a dû précéder celle de la gorge, puisque, de son côté, la muqueuse était plus profondément intéressée.

Est-il nécessaire, du reste, pour expliquer l'état infectieux de l'économie, dans la diphthérie, d'admettre la pénétration dans le sang d'un organisme spécial ? Ne peut-on l'interpréter d'une façon aussi rationnelle par la résorption des produits de fermentation de cet organisme en un ou plusieurs points du corps ? Il n'y a rien d'invraisemblable à supposer que le produit de cette fermentation participe des propriétés toxiques de

certains alcaloïdes, de la muscarine par exemple. Dès lors, le développement des accidents infectieux pourrait ne pas toujours être en raison de l'abondance du produit de fermentation, mais bien plutôt de son degré de toxicité. On s'expliquerait aussi la gravité plus ou moins grande de certaines angines diphthéritiques, selon que le germe morbifique, au moment de la contagion, aurait été soumis ou non à des cultures préalables sur des organismes humains.

Je n'ai pas d'ailleurs la prétention de regarder le champignon dont j'ai décrit les caractères, et qui me paraît être un mortierella, comme étant le seul capable de communiquer la diphthérie. Il est possible que d'autres champignons voisins jouissent à des degrés divers de cette funeste propriété. Mais, en attendant que de nouvelles observations viennent élucider cette qustion, je tiens à faire ressortir le double intérêt pratique qui résulte de l'exposé des faits, tant au point de vue de la prophylaxie que du traitement de la diphthérie.

Des conditions hygiéniques mauvaises qui prédisposent à cette redoutable maladie, une me paraît surtout devoir être évitée : c'est celle qui impose le séjour prolongé, particulièrement la nuit, dans un lieu humide. Je ne crois pas d'ailleurs que les moisissures visibles constituent seules un danger. Dans bien des cas la vue simple est impuissante à déceler l'existence de ces organismes microscopiques. Il faut donc tenir comme suspectes toutes les causes qui, avec l'humidité, en favorisent le développement, telles que le défaut de propreté des murs, les poussières des rideaux de lit, l'usage des alcôves particulièrement, lorsque ces alcôves restent fermées pendant le jour. Les plafonds inclinés des mansardes, au-dessous desquels on place souvent les lits, doivent surtout être tenus bien proprement, et une bonne précaution serait, dans ce cas, de mettre les lits au milieu de la chambre pendant la nuit.

Ai-je besoin de rappeler ce que présentent de malsain les habitations neuves dont les murs sont à peine secs quand on prend possession? Je dirai seulement, à ce propos, qu'il faut tenir fort en défiance contre certains logements à bon marié, construits avec de mauvais plâtre et des débris de charnte. Quelle bonne aubaine pour les moisissures qui couvrent

plus ou moins ces vieux bois, que le voisinage du plâtre humide pendant de longs mois.

Je me hâte de clore par une dernière considération cette étude déjà longue.

On a vu avec quelle rapidité les irrigations nasales avaient fait disparaître l'état général déjà menaçant chez ma malade, en même temps que l'engorgement ganglionnaire cervical. Ce fait me paraît renfermer en soi une indication très nette que voici : Dès l'apparition d'une fausse membrane dans la gorge si légère qu'elle soit, et *avant toute manifestation morbide des fosses nasales*, il convient de faire de ce côté, comme qar la bouche, des irrigations détersives, soit avec l'eau de chaux qui est généralement très bien supportée, soit avec des liquides antiseptiques, tels que l'eau oxygénée, ou une solution convenablement titrée d'acide phénique, d'acide salicylique ou d'acide borique. Ces irrigations, du reste, doivent être répétées fréquemment, et il est prudent de ne pas les suspendre complètement la nuit. C'est un moyen auquel on peut toujours avoir recours, même chez les enfants récalcitrants, et qui ne présente pas les mêmes difficultés d'application que les attouchements *loco dolenti*, avec un pinceau chargé d'une substance modificatrice plus énergique. Il est d'ailleurs bien entendu que la combinaison de ces deux moyens de traitement devra être tentée toutes les fois qu'on en verra la possibilité. Mais je n'hésite pas à attribuer le principal rôle dès le début aux irrigations buccales et nasales. J'insiste particulièrement sur l'importance de ces dernières, parce que, en l'absence de signes manifestes d'envahissement des fosses nasales ou de leur arrière-cavité par des productions diphthéritiques, on est ordinairement peu porté à diriger de leur côté une médication énergique.

Dr Pruvost.

EXPOSÉ PRATIQUE DU TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DE LA DIPHTHÉRIE PAR LES HYDRO-CARBURES (1),

Par le Docteur DELTHIL.

1° Si un contact suspect peut faire redouter l'apparition d'une angine maligne, on peut, au point de vue prophylactique, soumettre l'individu à des évaporations de térébenthine, soit en lui faisant respirer de temps en temps cette essence, soit en en imprégnant la literie sur laquelle il devra reposer.

2° Si des accidents diphthéritiques se manifestent, et si le cas ne paraît pas tout d'abord avoir un caractère de gravité, se contenter de faire dans la chambre du malade des évaporations d'essence de térébenthine au bain-marie en plongeant un vase contenant environ 8 cuillerées d'essence de térébenthine dans un bain-marie maintenu à une température de 60°. L'essence de térébenthine doit être brute et non pas rectifiée comme celle dont on se sert d'ordinaire en pharmacie.

Naturellement, la quantité de térébenthine à évaporer doit être en rapport avec l'étendue de la pièce et la hauteur du plafond ; et, dans une chambre très grande, il faudrait multiplier les foyers d'évaporation.

La vaporisation de ces carbures suffit, dans la plupart des cas, pour enrayer une angine diphthéritique prise au début.

3° Si, après ces premiers soins, les accidents semblent quand même augmenter d'intensité et vouloir prendre un caractère véritablement toxique, pratiquer des fumigations au moyen de la combustion d'un mélange de goudron de gaz et d'essence de térébenthine.

Voici le procédé :

Verser une demi-cuillerée de goudron de gaz, plus une cuillerée d'essence de térébenthine brute dans un vase en métal ou en terre réfractaire ; ce vase est lui-même placé sur un pla-[illegible]u métallique pour éviter les accidents de combustion en [illegible]s de rupture du premier récipient.

(1) Mémoire lu à la *Société de médecine pratique*, dans sa séance du [illegible] oût 1884.

Allumer le mélange au milieu de la pièce et sur le sol ; il suffit pour cela de tenir un instant sur la flamme d'une bougie la cuillère qui sert à verser l'essence, puis de la plonger incandescente dans le mélange.

Faire les fumigations de 3 heures en 3 heures et les espacer ensuite quand l'amélioration se produit.

Choisir de préférence, pour faire les fumigations, une petite pièce ou un cabinet de toilette dont tous les objets inflammables, rideaux, vêtements, etc., ont été enlevés au préalable ; le malade est porté dans cette pièce, où il reste environ une demi-heure, puis il est ramené dans sa chambre habituelle, où les évaporations de térébenthine au bain-marie sont continuées d'une façon incessante.

Si pour certains l'odeur de l'essence de térébenthine paraît trop pénétrante, on peut l'additionner de ses congénères l'essence de citron ou de lavande qui la transforment en un véritable parfum.

En applications locales, se contenter de faire pulvériser de l'eau de chaux au moyen d'un pulvérisateur, et cela toutes les heures ; ou badigeonner avec un mélange d'huile d'amandes douces et d'essence de térébenthine à parties égales, ou bien encore avec une émulsion d'essence de térébenthine, de citron, lavande, etc., dans un jaune d'œuf avec du sirop de gomme.

Donner, à l'occasion, des vomitifs, quand latoux catarrhale très prononcée indique qu'il faut favoriser l'expulsion des matières diphthéritiques dissociées qui encombrent les bronches ; l'ipéca paraît devoir mériter la préférence parce qu'il ne déprime pas autant le malade que le sulfate de cuivre et l'émétique qui s'opposent à l'alimentation ultérieure.

Par ces simples moyens, employés dès le début de toutes les affections de la gorge ayant un caractère suspect, on est étonné du peu de gravité qu'acquièrent ces affections, et je ne doute pas que, si l'on veut s'en tenir à l'emploi exclusif de cette méthode, on n'arrive à voir que le trachéotomie n'est plus justifiée que dans les cas où le médecin est appelé trop tardivement pour pouvoir provoquer assez vite la fonte melliforme des exsudats.

Dr Delthil.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

—

Accroissement du cancer en Angleterre et dans le pays de Galles, par M. F.-B. Jessett. — En compulsant le registre général statistique pour ces dix dernières années, on trouve 9,945 décès par cancer en 1872, et 13,542 en 1881, 431 par 1,000,000 d'habitants en 1872, et 520 en 1881. On voit encore que la proportion de morts est plus grande dans les pays marécageux qu'autrefois, à l'exception de Londres, de Devon, Somerset, Gloucester, et le nord du pays de Galles. Le cancer est en effet plus commun dans les pays bas et humides, mais l'hérédité entretenue par les mariages consanguins a probablement beaucoup plus d'influence que les conditions topographiques. Il faut aussi faire entrer en ligne de compte les préoccupations morales qu'amène la lutte pour l'existence et qui viennent s'ajouter à la prédisposition héréditaire. (*Medical Society, London.*)

La récidive de la fièvre typhoïde, par M. Steinthal.— En utilisant les documents statistiques et observations recueillis à la clinique de Leipzig, Steinthal arrive aux conclusions suivantes :

La récidive de la fièvre typhoïde est beaucoup plus rare qu'on ne l'admet généralement.

Son criterium le plus certain est le début en escalier de la courbe thermique ; si le troisième jour la température atteint 40 degrés, on peut affirmer avec certitude l'existence d'une récidive. Ce signe est supérieur à la roséole, qui vient en seconde ligne comme importance. La tuméfaction de la rate, les phénomènes intestinaux, le pouls dicrote et la bronchite viennent en troisième ligne.

La récidive fait partie intégrante de la maladie et ne peut être enrayée par aucun traitement ou régime pendant l'apyrexie.

Son début est souvent influencé par des écarts de régime ou par des influences psychiques.

Le professeur von Ziemssen fait suivre ce travail de com-

mentaires autorisés. Il n'admet pas que l'on place en première ligne une courbe thermométrique qui fait souvent défaut : la roséole et la congestion de la rate sont des symptômes tout aussi importants. La première conclusion de Steinthal ne paraît aucunement prouvée : il semble, au contraire, que, depuis l'emploi des nouvelles méthodes de traitement, la récidive soit plus fréquente que jadis.

Il n'est pas démontré non plus que la récidive ne puisse être avantageusement combattue pendant la pyrexie. Il n'est pas impossible que la rate soit une sorte de réservoir de l'agent infectieux, et l'on peut supposer qu'un traitement par la quinine aurait de bons effets. (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, t. XXXIV, p. 357, et *Gazette hebd.*, n° 29, 1884.)

Traitement chirurgical de la tuberculose, par M. Selenkow. — Les tuberculoses locales, quelle que soit leur gravité, sont traitées de nos jours par des opérations diverses (grattage, extirpation, amputation, résection). Les résultats sont médiocres : Esmarch avouait même dernièrement qu'il amputait plus souvent qu'autrefois. L'auteur attribue ces insuccès à l'insuffisance de l'opération : il reste toujours dans les recoins des bacilles que le pansement de Lister n'empêche pas de proliférer. Partant de cette hypothèse, il pratique tous les quatre à cinq jours, dans les plaies opératoires, une injection de teinture d'iode ordinaire à 10 pour 100. Il faut employer une certaine force : les adhérences résistent parfaitement, tandis que les adhérences tuberculeuses se relâchent. L'opération est indolore. L'auteur cite à l'appui cinq observations ; l'une d'elles est vraiment remarquable. (*St-Peters. med. Woch.*, n° 19, 1884, et *Gazette hebd.*, n° 24.)

Remarques cliniques sur l'amputation de la hanche, par M. Thomas Chavasse. — L'amputation de la hanche fut regardée comme impraticable jusqu'à l'année 1759, époque à laquelle l'Académie de chirurgie de Paris proposa ce sujet pour son grand prix et le décerna à un chirurgien du nom de Barbet. Ce n'est qu'en 1773 que l'opération fut pratiquée, et c'est encore une question débattue que de savoir si le premier opérateur est un Français, M. Perrault, ou un Anglais, M. Thom-

son. Quoi qu'il en soit, tous les chirurgiens s'accordaient à contester l'utilité d'une semblable opération, et l'éminent Pott disait en 1808 : « Je l'ai vu faire, et maintenant je suis très sûr que je ne la ferai jamais que sur le cadavre. » Depuis cette époque la pratique de la chirurgie a fait de grands progrès, grâce aux anesthésiques, aux antiseptiques et à différents procédés hémostatiques, et aujourd'hui cette opération n'est pas regardée avec la même défiance.

Durant cette dernière année, quatre désarticulations de la hanche ont été pratiquées à l'hôpital de Birmingham, une par M. Jolly, les trois autres par l'auteur de cette note. Dans trois de ces cas, le résultat a été la guérison, dans le quatrième la mort est survenue, mais il est infiniment probable que, si le malade avait été opéré plus tôt, il eût guéri.

On n'a pas compté moins de quarante-quatre procédés d'amputation de la hanche ; mais pratiquement on peut les réduire à deux : l'un s'adresse aux cas de tumeurs malignes dans lesquels il faut enlever le mal aussi complètement que possible ; c'est alors, suivant l'auteur, la méthode de Gutherie qui convient le mieux avec ses lambeaux antérieur et postérieur ; l'autre s'applique aux cas où la tête de l'os a déjà été excisée et dans lesquels l'ablation complète du membre est devenue nécessaire ; le procédé préconisé par Furneaux Jordan offre alors de réels avantages.

Deux choses doivent surtout préoccuper le chirurgien : l'hémorrhagie et le shock.

M. Thomas Chavasse a fait deux de ses opérations par le procédé de Gutherie et la troisième par celui de Furneaux Jordan. Le premier procédé présente les avantages suivants : les muscles n'étant divisés qu'au fur et à mesure de la taille des lambeaux, on peut lier les vaisseaux lorsqu'ils se présentent ; on laisse beaucoup moins de parties molles que dans tout autre procédé, ce qui est particulièrement désirable dans les cas de néoplasme.

La mortalité après l'amputation de la hanche est très grande ; statistique du docteur Sheppard, de Philadelphie, reposant six cent trente-trois faits dans lesquels l'opération a été pratiquée pour différentes causes, montre qu'elle est de 64,1 pour). Ces chiffres comprennent les résultats de la pratique mi

litaire où la léthalité considérable atteint le chiffre de 87.3 pour 100 ; en s'en tenant à la pratique civile on trouve l'opération bien moins meurtrière, donnant 41,1 pour 100. (*The British medical Journal*, 3 mai 1884, p. 849, et *Gaz. hebd.*, nº 22.)

De l'emploi de la force dans le traitement du pied-bot, par M. E.-H. Bradford. — L'auteur reconnait d'abord les avantages de la tarsotomie dans les pieds-bots anciens ; mais à côté de ces avantages, il signale les risques d'une semblable opération, qui n'est pas à la portée de tous les praticiens. Il conseille donc le redressement à l'aide de machine, après les sections préalables des tendons et des brides fibreuses, causes de la déformation. L'appareil redresseur qu'il propose est fort simple : il consiste en une large planche formant semelle, à laquelle est adapté un système de tiges susceptibles de presser sur les saillies osseuses et de les ramener en bonne position. S'il est nécessaire, on emploie l'anesthésie pour obtenir un redressement parfait. Après quelques semaines, l'appareil est remplacé par un bandage plâtré. Bradford termine son travail par un tableau résumant seize cas de pieds-bots traités par cette méthode, chez des enfants âgés de plus de quatre ans, à l'exception de trois ayant au-dessous de deux ans ; dans dix cas le résultat a été parfait, dans trois cas il a été presque parfait, trois fois il a été mauvais. (*The medical Record*, 22 mars 1884, p. 316, *Gaz. hebd.*, nº 20.)

Traitement du rachitisme par le phosphore, par M. Kassowitz.—Depuis 1879, l'auteur emploie le phosphore contre le rachitisme et se déclare satisfait. La dose de 1/2 milligramme par jour suffit, même pour un enfant d'un certain âge. On peut administrer le médicament avec l'huile de foie de morue (600 grammes pour 1 milligramme de phosphore) ou de la façon suivante, huile d'amandes 30 grammes, phosphore 1 milligramme, gomme arabique 15 grammes, sucre 15 grammes, eau distillée 40 ; 1-2 cuillerées à café par jour. Un grand nombre d'observations cliniques semblent démontrer l'utilité de ce mode de traitement. (*Zeitsch. für klin. Med.*, VII, et *Gaz. hebd.*, nº 22.)

Tumeur intrastomacale composée de cheveux. — Gastrotomie, par M. Schœnhorn.— Une jeune fille de quinze

ans, souffrant depuis plusieurs années de maux d'estomac, présentait une tumeur abdominale, attribuée à un rein mobile. L'opération décidée, il se trouva à l'ouverture de l'abdomen que la tumeur était dans l'estomac lui-même et se composait d'un feutrage de cheveux, long de 13 centimètres 1/2, large de 10 centimètres 1/2, épais de 6 centimètres, pesant 281 grammes. La jeune fille, complètement guérie au bout de trois semaines, avoue avoir pendant toute une année mâché énergiquement sa chevelure. Ce cas n'est pas unique et l'auteur en a rassemblé sept observations. Toutes ces malades moururent soit de vomissements incoercibles, soit de péritonite suite de perforation. (*Archiv. für klin. Chir.*, t. XXIX, et *Gaz. hebd.*, nº 22.)

FORMULAIRE

Ulcères cancéreux du col de l'utérus (Gillette).

On peut, dit l'auteur de cette formule, le déterger au moyen de la composition suivante :

Iodoforme	18 gram.
Sulfate de quinine....	3 —
Charbon pulvérisé....	15 —
Essence de menthe....	11 gout.

Saupoudrez un tampon de coton, en dedans et en dehors, avec quelques pincées de ce mélange ; et posez directement l'appareil sur la surface ulcérée, qu'il est inutile de nettoyer préalablement, fixez-le au moyen d'autres tampons de coton, et laissez en place au minimum quatre jours, et dix jours au [illegible] mum.

—

aitement de l'épilepsie.

Dr Wiess et plusieurs méde- [illegible] sont en désaccord sur le traitement de l'épilepsie. M. Wiess propose l'atropine à la dose de un à cinq milligrammes. Un autre préfère l'extrait de belladone ; il dit qu'il a de meilleurs effets que du bromure de potassium pur exempt d'iodure. La dose de l'extrait est donnée à 0 gr. 01 à 0 gr. 5 suivant l'âge, et augmentée graduellement jusqu'à sécheresse de la gorge.

—

Onctions graisseuses générales comme moyen antithermique.

M. Bouchot signale que les onctions graisseuses peuvent être employées avec succès comme antithermique dans les maladies aiguës fébriles de l'enfance ; on obtiendrait un abaissement de la température générale du corps, abaissement qui aurait été souvent de 05 de degré, puis la température paraît rester

stationnaire pendant quelques instants pour remonter au degré initial deux heures et demie ou trois heures après l'onction; il n'a jamais noté d'accidents.

—

Action de l'aconitine dans les névralgies.

M. le Dr Oulmont est venu confirmer que l'aconitine dans les névralgies produit des effets certains et rapides; il la préconise aussi dans l'hyperesthésie secondaire et dans le rhumatisme articulaire aigu.

M. Gubler, s'est également occupé de l'action de l'aconitine; il l'emploie, selon les cas, à la dose de 1/5 de milligramme.



VARIÉTÉS

—

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le Dr Lahens, à Bordeaux; le Dr Salmon, médecin inspecteur des bains de mer de Royan; le Dr Eymery, de Lyon; le Dr Bastin, d'Asnières; le Dr Poterin du Motel.

Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Brun est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié.

M. Berlioz, interne en pharmacie, est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié.

Assistance publique. — *Concours pour la nomination à sept places vacantes d'interne titulaire en médecine* dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la préfecture de police.)

Le lundi 1er décembre 1884, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à sept places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (*bureau du personnel*), — entrée sous la marquise dans la cour, corridor de droite, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le 30 octobre jusqu'au samedi 15 novembre 1884, inclusivement.

Hospice général de Tours. — La Commission administrative de

l'hospice général de Tours donne avis qu'en vertu d'une délibération en date du 25 août 1884, deux concours pour la nomination aux places vacantes d'élèves internes et d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie auront lieu dans le courant d'octobre prochain, conformément au règlement général de l'établissement.

Le concours pour l'internat est fixé au jeudi 2 octobre, à midi, pour l'épreuve écrite, et au vendredi 3, à neuf heures du matin, pour l'épreuve orale (salle d'Administration de l'hospice général).

Le concours pour la suppléance est fixé aux 9 et 10 octobre ; il aura lieu au même lieu et aux mêmes heures que celui de l'internat.

Association française. — Les membres de l'Association française pour l'avancement des sciences ont élu pour président du Congrès de 1886, à Nancy, M. Friedel, professeur de chimie à la Sorbonne et membre de l'Institut, lequel sera vice-président au Congrès de Grenoble en 1885, et pour secrétaire général, M. Collignon, professeur à l'École des Ponts-et-Chaussées. M. Galante est nommé trésorier de l'Association.



REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 septembre 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Dujardin-Beaumetz lit une lettre de M. Pietra-Santa sur les désinfectants ; notre confrère conclut à la supériorité de l'acide sulfureux.

— M. Hervieux lit un rapport sur un travail de M. le Dr Burlureaux relatif à la revaccination chez les sapeurs-pompiers. Ces revaccinations ont donné 70 % de succès, les pustules produites ont offert des formes très nombreuses. Ces revaccinations ont été faites par M. Hervieux.

L'honneur de ces résultats revient à la bonne qualité du vaccin de l'Académie, vaccin rajeuni par le cow-pox de la génisse envoyé de Bordeaux par M. Dubreuil.

M. Rochard demande si le vaccin doit être rajeuni et s'il ne

s'épuise pas au bout d'un certain temps, contrairement à ce que pense M. Blot.

M. Hervieux ne croit pas impossible que le vaccin devienne plus efficace quand il a été régénéré, mais il n'ose rien affirmer.

M. M. Perrin est étonné de la proportion de succès obtenue par M. Hervieux. Il croit qu'il ne faut pas compter comme succès les cas de pustules mal venues.

M. Hervieux. On sait que les revaccinations ne donnent pas des pustules aussi nombreuses et aussi bien venues que les premières vaccinations. M. Hervieux a été pendant trois ans médecin en province. En vaccinant des enfants avec des pustules mal venues de revaccination, il a obtenu des pustules magnifiques.

M. Legouest. Dans l'armée, nous sommes arrivés à supprimer les cas douteux. Nous ne reconnaissons que les succès et les insuccès complets. On sait, en effet, qu'après la vaccination il peut y avoir des éruptions très diverses.

M. A. Guerin demande si l'on a tenu compte de la durée de l'incubation pour fixer le diagnostic.

M. Hervieux répond que l'incubation est plus courte chez les vaccinés que chez les revaccinés.

— M. Leroy de Méricourt fait un rapport sur les 51 communications relatives au choléra qui étaient parvenues à la Commission de l'Académie à la date du 15 septembre. Il signale surtout les communications de MM. les Drs Castro et Duranti (de Marseille).

M. Jules Guérin. Les choses les plus claires pour certains esprits restent obscures pour d'autres. On pouvait espérer que l'épidémie de Marseille et de Toulon mettrait fin à la théorie de l'importation du choléra et à la dualité cholérique. Il n'y a aucun caractère distinctif du choléra nostra ; le caractère contagieux ne peut servir de base.

En principe, la dualité cholérique n'a pu se maintenir ; les faits et la théorie se donnent la main pour affirmer l'unité de la maladie.

Cette idée est très importante au point de vue de la prophylaxie. Les cordons sanitaires, les quarantaines et les lazarets ne servent à rien. Ces mesures sont inutiles, inefficaces et dau-

gereuses. M. Guérin invoque l'exemple des deux grandes expositions de Vienne en 1873 et de Paris en 1878. Il invoque également l'exemple de Turin qui, actuellement, sans être nullement atteint par le choléra, donne libéralement l'hospitalité à tous les réfugiés des pays contaminés.

Paris, de même, n'a cessé de donner l'hospitalité aux réfugiés cholériques, tandis que Naples, entouré d'un triple cordon sanitaire, paie chaque jour un tribut de près de 400 décès, chiffre énorme pour une ville de 400 à 500 mille habitants. En 1833 et postérieurement, Naples, toujours soumis à ce système de terreurs folles, avait payé le même tribut à l'épidémie.

Les cordons sanitaires sont donc inutiles et inefficaces ; de plus ils sont dangereux, ils ne servent qu'à renforcer les épidémies. M. Jules Guérin invoque à ce sujet une citation de M. Brouardel.

M. J. Guérin donne divers relevés pris en 1832 et en 1849, et montrant que, en moyenne, la proportien des cas de diarrhée prémonitoire est de 93 cas pour 100.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN.

Séance du 15 *juillet* 1884. — Présidence de M. Jude Hue.

Résection précoce dans un cas d'ostéomyélite aiguë avec arthrite tibio-tarsienne. — Reproduction lente et complète de l'os. — Présentation de l'opéré, par M. Cerné. (*Suite et fin.*)

Réflexions. — Les observations de résection précoce dans l'ostéo-myélite aiguë, c'est-à-dire, au milieu ou vers le déclin de la période aiguë, sont encore en assez petit nombre pour que ses indications ne soient pas encore bien fixées, ni même son utilité universellement reconnue.

Il me paraît inutile de rappeler à ce propos les discussions sur la nature et l'origine de l'ostéomyélite. Dans aucune question, peut-être, les nombreuses dénominations données par les différents auteurs n'ont aussi bien indiqué leurs diverses opinions ; nous croyons la question suffisamment élucidée à l'heure actuelle pour accepter très-volontiers le titre du livre de Lannelongue : « Ostéomyélite aiguë pendant la croissance. » L'épithète de jacta épiphysaire donnerait la définition complète

Depuis l'époque où Chassaignac, après une magistrale description, commandait l'amputation rapide, des traitements divers plus conservateurs ont été mis en usage. Outre l'amputation, qui reste d'ailleurs une ressource suprême parfois, l'affection est justiciable de l'incision, de la trépanation, de l'évidement, de la résection.

N'insistons pas sur l'incision, suffisante seulement si l'inflammation est uniquement sous-périostique, et sinon premier temps d'une opération plus compliquée.

J'écarterai aussi de la discussion l'évidement, non pour le rejeter, mais parce qu'il n'est pour ainsi dire qu'une trépanation agrandie ou multipliée.

Voyons donc dans quelles conditions la résection peut devoir être préférée soit à la trépanation, soit à l'amputation.

Le mémoire si clair et si nourri de faits de Lannelongue nous parait avoir mis hors de doute l'influence considérable et très souvent suffisante de la trépanation. Lorsque le chirurgien, par une observation assez précoce et attentive, pourra intervenir aussitôt que l'abcès périostique sera formé, une ou plusieurs couronnes de trépan suffiront probablement dans presque tous les cas (il faut en excepter les ostéomyélites de plusieurs os et l'intoxication pyohémique rapide) ; mais si ces conditions ne sont pas remplies ; si au moment où le chirurgien intervient, il existe, comme dans plusieurs observations, une dénudation de toute la circonférence de l'os dans toute la longueur de la diaphyse (Holmes), ou dans une grande étendue, si cet os lui-même est infiltré de pus, nous considérons que son ablation est indiquée.

M. Lannelongue, tout en admettant la résection dans certains cas d'ostéomyélite diaphysaire, lui est au fond hostile. Il croit qu'il reste des doutes sur ce qui fut advenu si l'on n'eût pas réséqué et fait remarquer que tout os dénudé ne se nécrose pas nécessairement. Cela est vrai sans doute dans le cas de dénudation peu étendue et si l'os n'est pas largement envahi par la suppuration ; mais dans le cas contraire, la nécrose sera fatale, et nul doute qu'il vaille mieux enlever l'os immédiatement que d'exposer le malade à tous les dangers d'une longue suppuration, et d'opérations ultérieures pour l'extraction de séquestres invaginés. Cette conclusion est d'autant

plus légitime que l'opération, loin d'être dangereuse et de faire courir un nouvel aléa au malade, est immédiatement suivie d'une amélioration générale ; et qu'on veuille bien remarquer que dans presque toutes les observations la raison principale qui a dicté la conduite du chirurgien a précisément été l'épuisement du malade.

Il est en outre une complication qui rend illusoire la trépanation, même souvent si l'on y ajoute des incisions et un drainage appropriés ; c'est la suppuration de l'articulation voisine. Alors, pour presque tous les auteurs (Gosselin), c'est à l'amputation qu'il faut immédiatement recourir. Il faut en appeler de cette décision, malgré qu'elle ait pu paraître justifiée. M. Lannelongue cite un cas où Ollier aurait fait une résection dans les mêmes circonstances que nous et dans la même région (1). Ces deux observations, et d'autres peut-être, que nous ne connaissons pas, nous semblent prouver, comme dit M. Lannelongue, « que la résection peut être mise en parallèle avec l'amputation ». Il a seulement tort, croyons-nous, d'ajouter : « pour certaines régions, au cou-de-pied, au coude, au poignet et à l'épaule même. » Nous ne voyons pas, en effet, pourquoi le genou et la hanche seraient privés du bénéfice de cette opération conservatrice. Notre maître Th. Anger a réséqué, en 1878, 15 centim. de l'extrémité supérieure du tibia, et le résultat final fut satisfaisant. Je n'ignore pas la réaction qui se fait contre la résection du genou chez les enfants, en Allemagne du moins, où l'on appelle un crime aujourd'hui ce dont on abusait il y a peu de temps ; mais il faut considérer que, dans l'ostéo-myélite, on a, très souvent, affaire à des enfants ayant accompli une partie de leur croissance et que la résection ne supprime qu'un des cartilages d'accroissement, le fémur (ou le tibia dans un autre cas) pouvant être ou laissé intact, ou seulement abrasé dans une très légère épaisseur.

(1) Nous pensons que l'auteur fait confusion avec l'observation, citée par Ollier (Traité de la régénération des os, t. 2 p, 249), de l'opération de Jambon et Aubert (1860), antérieure à celle de Holmes. Ces chirurgiens enlevèrent 10 centim. de l'extrémité inf. du tibia. L'opéré se promenait moins de 6 mois après : plus tard, il faisait 20 kilom. à pied dans un jour, ce qui suppose mieux qu'une reproduction « *assez convenable* ; » mais Ollier se déclarait déjà (1867) partisan de cette opération.

L'extension continue, si souvent mise en œuvre actuellement, sera certainement d'un grand secours pour les résections portant sur un segment de membre à un seul os.

Nous parlions tout à l'heure de l'infiltration purulente de l'os comme indication de la résection ; elle constitue souvent aussi, croyons-nous, la principale base de l'étendue à donner à cette résection. Sauf dans les cas où tout un os est isolé de son périoste, il importe évidemment de limiter le plus possible l'ablation. Aussi trouvons-nous mauvais de commencer par scier l'os avec une scie à chaîne à une hauteur supposée bonne, parce que le décollement périostique remonte jusque-là. Ce décollement peut remonter plus haut que l'infiltration purulente de l'os, et l'on s'expose ainsi à enlever plus qu'il n'est nécessaire. Si, au contraire, on se sert de la gouge et des pinces coupantes, qui entament avec la plus grande facilité l'os malade, on pourra s'arrêter sur les limites même de l'os sain, et gagner encore un ou plusieurs centimètres que l'on eût sacrifiés autrement. La partie seulement vascularisée, enflammée, mais sans pus, doit être conservée. On n'y perdra que le plaisir de pouvoir présenter un beau fragment d'os enlevé d'un seul morceau !

Après avoir tenté de tirer un peu de l'obscurité les indications de l'opération que j'ai pratiquée, j'ai à faire ressortir un point de l'observation présente.

Le *retard dans la consolidation* a été assez prononcé pour me faire craindre un échec partiel. Il est habituel que la reproduction osseuse se fasse rapidement. Dans un seul cas cité jusqu'ici, celui de Lebrasseur, de Nantes, il a subsisté une solution de continuité. Comme faisait le nôtre il y a quelques mois, son opéré pouvait marcher avec un appareil approprié. Nous voyons que dans notre cas, cette marche, et sans doute la sortie de l'hôpital ont été extrêmement favorables à la guérison complète. Nous ne saurions préciser avec certitude la cause de ce retard, en présence d'une excellente santé ; nous avons seulement remarqué que, pendant longtemps, la quantité d'urine émise par notre opéré a été considérable, dépassant 2 litres, sans contenir ni sucre, ni albumine comme chez les phosphaturiques; nous avons le regret de n'avoir pas fait l'analyse à ce point de vue. Il n'est pas possible de ne pas rapprocher

d'ailleurs de cette constatation le fait d'une fracture de cuisse se produisant par un traumatisme presque insignifiant ; le fémur était évidemment devenu plus fragile qu'à l'état normal. Et cependant le jeune B. était saturé de toniques, de phosphate de chaux, et avait considérablement engraissé.

DISCUSSION

M. Jude Hue demande si le point où la reproduction osseuse a été longue à s'effectuer ne correspondrait pas à une absence de néoformation sous-périostique au moment de l'opération ?

M. Cerné. Au contraire, c'était à peu près à ce niveau que la néoformation était bien apparente, mais si mince encore qu'elle me semble avoir disparu immédiatement dans la formation des bourgeons charnus, et n'avoir par conséquent eu aucune part dans le résultat final.

Des courants continus dans un cas d'asphyxie, par M. F. A. Hue. — Un matin, à la consultation du dispensaire Martainville, on nous apporta un enfant d'un mois atteint d'une coqueluche manifeste depuis quinze jours environ et qui, à la suite d'une quinte violente, venait de cesser de respirer. L'enfant avait la figure pâle, les lèvres bleues, les yeux congestionnés, les pupilles dilatées le réflexe cornien était aboli ; enfin, on ne percevait ni mouvements respiratoires, ni mouvements du cœur.

Sans chercher quelle pouvait être la cause immédiate de ces accidents, nous le fîmes déshabiller rapidement, puis frictionner aux extrémités avec de l'alcool, tandis que nous tentions la respiration artificielle. Mais 4 ou 5 minutes environ de cet exercice restèrent sans résultat, ce qui, ajouté aux 10 minutes précédentes, perdues surtout par le transport, allongeait d'une façon inquiétante le temps de la mort apparente.

Nous avions heureusement sous la main une pile à courants continus de Gaiffe fonctionnant très bien et, laissant là toute tentative de respiration artificielle, évidemment inutile, nous appliquâmes chacun des pôles de la pile en dehors et au niveau des mamelons en ne laissant passer qu'un courant de 2 élé-
nts. Au bout de 30 à 40 secondes il se produisit une inspira-
n brusque semblable à du hoquet et qui resta isolée. On aug-
nta le courant à 6 éléments, puis, au lieu de laisser les élec-
des appliqués sur le thorax sans discontinuer, le courant

fut interrompu toutes les 15 à 20 secondes. Bientôt chaque interruption fut suivie d'une inspiration brusque et après vingt à trente inspirations ainsi provoquées, la respiration commença à se faire seule et à reprendre le type normal. Pendant quelque temps néanmoins les inspirations gardèrent un certain air de hoquet. Inutile de dire que la coloration de la face était rapidement redevenue normale, que les mouvements des membres étaient réapparus et que tous les phénomènes de la vie, que l'on avait pu croire éteinte pendant un quart d'heure environ, se manifestaient avec une certaine intensité. Tout alla bien ainsi jusqu'au soir où l'enfant s'éteignit sans que nous ayons trop pu savoir comment.

Dans ce cas, l'action des courants continus a été tellement manifeste que nous avons cru bon d'apporter ce contingent à leur histoire, ne nous dissimulant pas qu'il existe, comme obstacle à leur emploi, la difficulté de les avoir rapidement sous la main.

DISCUSSION.

M. Olivier. Il est très rare que les mouvements mécaniques soient impuissants à faire pénétrer l'air dans la poitrine.

M. Jude Hue appuie cette opinion, en faisant remarquer que la pénétration de l'air est bruyante et parfaitement entendue à distance.

M. François Hue. J'ai observé cependant qu'au bout d'un certain temps, le bruit caractéristique ne se faisait plus entendre. La traction des muscles devient probablement insuffisante par suite de leur allongement et leur flaccidité.

M. Jude Hue. Cependant, on fait très bien respirer un cadavre.

Statistique trimestrielle des maladies régnantes observées au dispensaire Martainville, par le D[r] F. A. Hue. — Le second trimestre de 1884 s'est montré, dans notre sphère d'observation, aussi riche que le premier en faits intéressants. 1717 nouveaux diagnostics ont pu être établis pendant ces trois derniers mois, soit sur des malades nouveaux, soit sur des malades anciens revenus pour des affections nouvelles. 680 seulement, c'est-à-dire moins de la moitié, peuvent être rangés dans la classe des maladies régnantes : contagieuses, virulentes, saisonnières ou parasitaires.

§. I. — La **fièvre typhoïde**, dont nous avions observé 9 cas dans le 1er trimestre, ne s'est montrée qu'une fois dans le second. Par contre, nous trouvons dans notre statistique 2 cas de fièvres intermittentes, mais dans des rues différentes.

Nous avions assisté pendant le premier trimestre au début d'une épidémie de **rougeole** ; on pourrait dire qu'elle a battu son plein pendant le second trimestre : au lieu de 10 cas, nous en trouvons 51, 6 en avril, 12 en mai, 33 en juin. Tous ont guéri, malgré des complications thoraciques assez sérieuses, telles que deux bronchio-pneumonies.

La **variole** ne s'est montrée qu'une fois, mais la **scarlatine** a sévi sur 6 enfants, dont un seul a présenté des complications rénales.

Puis nous notons 12, 15, 14 **coqueluches**, 41 en tout pendant ce second trimestre, le double de ce qui s'était présenté pendant le premier, et cela le plus souvent sur de tout jeunes enfants. Un, entre autres, dont nous venons de publier l'observation, a succombé pendant une quinte, peut-être par le mécanisme du spasme de la glotte. Dans ce cas, l'électricité nous a permis de ramener la vie chez l'anfant pendant toute une journée. Malheureusement le bénéfice ne fut que passager. 3 cas de **diphthérie** se sont montrés qui ont été envoyés à l'hôpital et que nous n'avons plus revus.

Les **érysipèles de la face** ont été moitié plus nombreux que pendant le premier trimestre ; nous en comptons 13, dont 9 en mai, 2 en avril et 2 en juin.

38 **syphilitiques** nouveaux ont été inscrits, tant adultes qu'enfants nouveaux-nés. C'est une augmentation de 17 sur le précédent trimestre.

Les **chancres mous** aussi ont augmenté ; nous en trouvons 13 au lieu de 2. Ajoutons à cette nomenclature spéciale 25 **blennorrhagies** qui, pour la plupart, ont été envoyées à l'hôpital.

2 cas **d'ophtalmie purulente** se sont montrés chez des enfants avec une étiologie obscure.

2. — Les **embarras gastriques** sont toujours nombr[eu]x au dispensaire Martainville. La cause principale de cette fr[éq]uence doit être recherchée, selon nous, dans les conditions

Capucin à l'endroit où la vallée se rétrécit et prend un aspect plus désolé. Cette vallée du Mont-Dore s'étend du S. au N. sur une longueur de 8 kilom. Le fond est barré par un grand cirque dont les pics les plus élevés du massif, ceux de Saney (1886 mètres), de l'Aiguiller, de Cacadogne, de Cluzeau constituent le pourtour ; tandis que le Puy-Gros semble barrer l'extrémité nord ; ici la vallée s'infléchit à l'ouest vers la Bourboule.

Sur les côtés se dessinent les pentes boisées du Capucin, le ravin de la grande cascade et, vers le fond, les vallées de Lacour et d'Enfer, la cascade du Serpent, les ravins de la Dore et de la Dogne, etc., qui offrent aux touristes des sites comparables à ceux des Pyrénées et des Alpes.

Nous n'avons à nous occuper de cette imposante nature qu'au point de vue du climat et du sol.

Climat. — Le Mont-Dore est situé entre le 45e et le 46e degré de latitude N., c'est-à-dire dans la région tempérée s'il s'agissait d'un pays de plaine. Nous sommes, au contraire, en pleine montagne, 600 mètres plus haut que Clermont, ce qui suppose un refroidissement de 3 à 4 degrés d'après la loi des températures décroissantes avec l'élévation. Le poteau du club alpin marque 1052 à l'établissement ; c'est à peu près l'altitude de Gastein dans le Tyrol. J'ai trouvé, pour le fond de la vallée, au pied du Saney, une moyenne de 1,300 mètres. Les altitudes des plateaux qui dominent la vallée, plateaux de l'Angle et du Salon du Capucin, du lac de Guéry sont comprises entre 1,200 et 1,300 mètres. Les hautes prairies couronnant les pentes de Chaudefour, près du puy de Cacadogne, atteignent 1600 à 1700.

Il serait à désirer que nous eussions des observations météorologiques plus nombreuses. Pendant quatre semaines j'ai recueilli le plus grand nombre possible de faits ; le temps était court, et il serait téméraire de conclure sur une base aussi fragile, d'autant plus qu'il s'agit de la saison d'été exceptionnellement chaude de juillet et août 1881. Les résultats furent modifiés par un retroidissement notable vers le milieu d'août.

(A suivre.)

Le Gérant : Dr A. Lutaud.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

4e Année. — T. VII. N° 13 27 Septembre 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

REVUE PROFESSIONNELLE

UN PHARMACIEN EST-IL AUTORISÉ A EXÉCUTER PLUSIEURS FOIS LA MÊME PRESCRIPTION ? (1)

Par M. Mayet.

Le jugement rendu le 2 mai 1883 par le tribunal correctionnel de la Seine contre un pharmacien qui avait délivré, sans nouvelle ordonnance de médecin, une assez grande quantité

(1) Rapport lu à la Société de médecine légale.

FEUILLETON

LES MÉDECINS DOIVENT-ILS DÉLIVRER DES CERTIFICATS *POST MORTEM* A PRODUIRE AUX COMPAGNIES D'ASSURANCES SUR LA VIE (1)?

Par Georges Rocher, avocat à la cour d'appel de Paris.

(*Suite*).

Voici maintenant les deux mémoires de MM. les Drs Chauvel et Margueritte, du Havre, qui proposent une solution différente à la question qui vous est aujourd'hui soumise :

1° *Mémoire de M. le Dr Chauvel.*

Avant d'indiquer les éléments de la discussion, nous rappellerons que le secret professionnel auquel nous sommes tenus est non seulement une obligation légale, mais surtout une obligation na[...]relle, c'est-à-dire inhérente à la nature de nos fonctions, anté[...]ure et supérieure à la loi qui n'a fait que la confirmer.

[...]e médecin qui se bornerait à obéir aux prescriptions de la

[...] Rapport lu à la Société de médecine légale.

de chlorhydrate de morphine, jugement confirmé en partie par la Cour d'appel de Paris, dans son audience du 12 juillet suivant, a donné lieu à la question suivante posée devant la Société de médecine légale :

« Les pharmaciens sont-ils autorisés à exécuter plusieurs fois la même prescription sans nouvelle ordonnance de médecin ? »

A l'effet d'étudier cette question, la Société de médecine légale a adjoint à son bureau une commission composée de MM. de Chaudé, Demange, Descoust, Lebaigue et Lefort.

M. Mayet, comme membre du bureau, a soumis à l'assemblée quelques réflexions concernant ce qui se passe dans la pratique de l'exercice de la pharmacie.

Deux circonstances, dit-il, peuvent se présenter : ou bien le malade est atteint d'une maladie aiguë qui nécessite la visite journalière du médecin, ou bien le malade n'est pas retenu nécessairement à la chambre et il se rend à la consultation d'un médecin qui peut être une célébrité ou un spécialiste.

Dans le premier cas, le médecin fait une nouvelle prescription en quittant le lit du malade, ou modifie celle qu'il a faite

---

loi en ce qui touche le secret médical, ne remplirait que bien imparfaitement son devoir, comme le dit justement Tourdes en traitant du secret dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; l'obligation morale est ici beaucoup plus claire que l'obligation légale sujette à exceptions et à restrictions. Le code moral réprouve toute espèce d'indiscrétion. » (Dechambre, *Le Médecin.*)

Cette obligation est tellement stricte qu'aucune autorité ne peut nous en délier moralement, pas même la personne que le secret concerne, parce qu'elle est censée ignorer les conséquences de la révélation.

Il paraît, cependant, qu'elle pourrait le faire au point de vue légal, d'après l'avis de plusieurs jurisconsultes et les jugements de plusieurs tribunaux et par suite le médecin ne serait plus condamné en dommages et intérêts. Mais, en tout cas, cette autorisation ne l'oblige pas à révéler le secret dont il est dépositaire.

1° *Position de la question.* — Elle a lieu entre les assureurs et nous, et non entre nos clients et nous. Nous ne devons point, en

la veille ; on se présente chez le pharmacien qui exécute l'ordonnance ; il ne saurait y avoir ici d'abus, il ne peut donc se trouver aucun empêchement.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque le malade se rend à la consultation d'un médecin, il est d'abord exposé à perdre beaucoup de temps, puis, en général, il paye assez cher la consultation et il peut arriver que sa position de fortune l'oblige à ne pas y retourner souvent.

Il conserve donc précieusement cette consultation, et, lorsqu'il se présente chez le pharmacien pour faire préparer les remèdes qu'elle prescrit, il ne manque pas de la réclamer.

Un pharmacien serait mal venu de la refuser ; d'ailleurs, la Société de médecine légale, consultée sur ce point, dans sa séance du 9 avril 1883, a déclaré que l'ordonnance appartenait au malade et que le pharmacien n'avait d'autre droit, pour garantir sa responsabilité, que d'inscrire l'ordonnance avec un numéro d'ordre sur son livre officiel qui doit faire foi en justice.

Ceci admis, étudions les faits et nous en déduirons les conséquences.

Lorsqu'un médecin délivre une prescription, il peut se présenter trois cas :

---

effet, considérer la personne qui vient demander ces renseignements, mais la personne à laquelle ils sont remis. Il est bien réel que c'est aux compagnies d'assurances que nous les transmettrions par l'intermédiaire de nos clients.

2° *Peut-on, sans manquer au secret professionnel, fournir ces renseignements* ? — Oui, dans le très grand nombre des cas, si on les envisage isolément ; non, si on les rapproche de ceux où cela ne sera pas permis, parce que dans ces derniers cas notre refus serait certainement interprété par les assureurs comme une cause de déchéance pour les assurés, à l'endroit desquels nous aurons violé le secret professionnel sans rien dire, notre silence ayant été une révélation.

Les limites de ce secret ne sont point d'ailleurs toujours faciles à connaître, et c'est pour cela qu'une règle de conduite fixe est nécessaire. Croit-on que si, par hypothèse, un assuré présentant de ces cas douteux au point de vue de ce que l'on peut dire et de ce que l'on doit faire, avait reçu les soins séparés d'une

1° Le médicament n'est toxique à aucun degré.

2° Il n'est pas toxique à la dose indiquée par le médecin ; il peut le devenir si la quantité à délivrer prescrite sur l'ordonnance est un peu considérable : 250 à 500 grammes, par exemple, de la liqueur de Boudin (arsénicale) ou de la liqueur de Van Swieten (mercurielle) et que, par suite d'une erreur, le malade force la dose indiquée.

3° Enfin, la quantité délivrée n'est pas considérable, mais l'activité du médicament que le malade devra prendre par gouttes ou par cuillerée à café deviendra dangereuse si, par erreur ou malentendu, il prend son médicament par cuillerée à soupe ; à ce troisième paragraphe se rattachent les solutions pour injections hypodermiques.

Dans le premier cas, le médicament n'étant pas toxique, le malade n'étant exposé à aucun danger, le pharmacien n'encourra aucune responsabilité et la Société ne saurait lui imputer à faute de satisfaire aux exigences de son client.

Dans le second cas, le médecin consultant a prescrit pour une maladie chronique l'emploi du même médicament pendant quinze jours ou un mois; par prudence, il n'a indiqué sur son ordonnance que la quantité du médicament nécessaire

---

dizaine de médecins, tous ceux-ci seraient d'accord pour déliver un certificat et pour le formuler ?

3° *Quelles raisons existe-t-il de les fournir du côté des assurés*? — Une seule, et elle n'est point fondée ; c'est l'obligation que les assurances prétendent leur imposer dans le contrat, de présenter une pièce dépendant d'un tiers qui n'est pas libre de la donner. C'est une obligation établie sur une cause illicite, c'est-à-dire prohibée par la loi qui nous impose le secret professionnel, contraire aux bonnes mœurs et à l'ordre public évidemment liés à notre discrétion. Est-il, du reste, bien conforme au droit d'obliger une personne à fournir elle-même le moyen de nuire à ses intérêts ?

4° *En existe-t-il du côté des assureurs* ? — Les assureurs qui ont introduit dans la police la clause ci-dessus ne l'ont fait, sans aucun doute, que pour s'en servir contre les assurés. Remarquez, en effet, que ce n'est point la simple dénomination de la maladie qu'ils demandent dans les cas où ils croient que certaines circonstances auraient pu diminuer les chances de vie des assurés ; c'est l'explication de ces circonstances concomitantes ou antérieu-

pour 8 jours : 250 grammes, par exemple, s'il s'agit d'une solution à prendre deux cuillerées à soupe par jour; par délicatesse le médecin ne veut pas exploiter la bourse de son client ; il sait qu'il ne surviendra, de quelque temps, aucun changement dans l'état du malade et il lui dit de vive voix : « Quand vous n'aurez plus de médicament, vous ferez faire de nouveau votre remède et vous reviendrez me voir dans quinze jours ou un mois. » Le client se présente donc chez le pharmacien au bout de huit jours pour faire renouveler sa prescription ; le pharmacien peut-il refuser de l'exécuter de nouveau, sous prétexte qu'elle ne porte pas l'avis du médecin : « A renouveler une ou plusieurs fois » en nombre déterminé, ou bien un second visa du médecin ? Je ne le pense pas, et je crois que les médecins eux-mêmes seraient fort ennuyés s'ils étaient obligés de prévoir, à jour fixe, la durée de la provision qu'ils doivent conseiller au malade.

Je reconnais volontiers que le troisième cas est plus grave : c'est lorsque le médecin prescrit un médicament très actif, sous forme de granules ou en solotion à prendre par gouttes, alcaloïdes, solution de Fowler, etc. ; et pourtant ces sortes de médicaments ne peuvent agir qu'à la longue dans les maladies

---

res. Un certificat constatant une cirrhose du foie a été trouvé insuffisant ; il fallait encore constater que le défunt n'avait point d'habitudes alcooliques. Une autre fois l'agent de l'assurance s'est informé directement auprès du médecin traitant, si l'assuré, mort congestif et dément, ne l'était point devenu par la débauche et l'intempérance. Dans un troisième cas, il fallait constater l'absence de tubercules dans les poumons.

Ces faits éclairent suffisamment les intentions des compagnies qui n'ont nul besoin de ce que nous pouvons déclarer, et qui ne demandent que ce que nous devons cacher.

5° *Y en a-t-il de notre côté ?* — Nous ne mentionnerons que pour les repousser la complaisance vis-à-vis des assureurs ou des assurés, et l'attente d'honoraires que nous réclamerions pour nos rapports ; mais nous insisterons sur le motif d'honnêteté.

ertainement nous ne devons rien faire pour aider à voler les ureurs, et nous ne devons rien faire non plus pour aider à frusles assurés d'un capital en perspective ou des sommes versées. ureurs et assurés défendront leurs intérêts comme dans les

pour lesquelles ils sont conseillés ; la prudence du médecin me paraît aussi nécessaire, dans cette circonstance, que la circonspection du pharmacien ; il serait donc désirable que le médedecin inscrivit sur son ordonnance : « A renouveler une ou un nombre déterminé de fois, » selon ses prévisions ; et le pharmacien devrait inscrire chaque renouvellement sur la prescription en s'arrêtant à la limite indiquée par le médecin. Mais comment amènera-t-on le médecin à s'astreindre à cette précaution, à défaut de laquelle le malade sera gêné dans son traitement, qu'il lui faudra quelquefois interrompre d'une manière inopportune, pour remplir les formalités nécessaires au renouvellement de son médicament ?

D'un autre côté, le fait se présente fréquemment où un malade vient de la province à Paris pour consulter un médecin, soit qu'il n'ait pas une confiance absolue dans le praticien de sa localité, soit qu'il ne veuille pas faire connaitre dans son entourage la nature de sa maladie. Si, avant de s'en retourner dans son pays, il désire faire à Paris même une provision pour son traitement, il sera bien difficile au médecin de prévoir, d'une manière quelque peu approximative, la durée de la provision, et d'ailleurs, le malade voudra peut-être continuer son

---

marchés ordinaires ; ils ne peuvent nous obliger à y prendre part.

En admettant même que nous ayons connaissance de certains faits qui feraient courir des risques aux compagnies, nous n'avons point de dénonciation à faire. « La cause du secret pèse sur le médecin ; car la porte du moribond ne s'est ouverte à son approche qu'à raison de son état et de sa profession. » (M. Hémar.)

« Le secret obligatoire est le secret du malade confié ou surpris, mais il l'est rigoureusement, sans considération des conséquences qui peuvent en résulter. » (Dechambre, *Le Médecin*.)

Le médecin n'est tenu à la dénonciation, par l'article 30 du Code d'instruction criminelle, que pour les faits dont il a eu connaissance en dehors de l'exercice professionnel, qu'il s'agisse de dénonciation civique ou de dénonciation civile. (1)

6° *En avons-nous, de n'en point donner, prises hors du se-*

(1) Articles de différents Codes relatifs à la question : Art. 378 du Code pénal. — Art. 30 du Code d'Instruction criminelle. — Art. 1131; 1133, 1172, 1182, 1183 du Code civil.

traitement en faisant venir ses médicaments de Paris. Ou bien encore, la provision est épuisée, la limite du visa est atteinte, et, pour un motif quelconque, le malade ne peut pas revenir à son médecin consultant ; devra-t-il lui écrire qu'il se trouve bien du régime prescrit en lui demandant de lui envoyer l'autorisation de faire préparer une nouvelle quantité de médicaments ? Mais alors, le médecin sera assailli de ces sortes de demandes qui seront pour le malade un prétexte pour obtenir une nouvelle consultation gratuite ; et chaque fois, il y aura des difficultés ou des atermoiements.

Je n'ignore pas qu'un certain nombre de médecins seraient disposés à admettre que l'obligation *du visa* pourrait être restreinte aux seules ordonnances contenant l'une des substances indiquées sur le tableau annexé au décret du 8 juillet 1850 ; mais ne voit-on pas, en y réfléchissant, qu'il y aurait à cela de graves inconvénients ? Pourquoi, la plupart du temps, le médecin emploie-t-il des dénominations inconnues du malade ? C'est sans doute pour que son client ne sache pas qu'il avale une plus ou moins grande quantité de poison ; or, si un pharmacien refuse d'exécuter une ordonnance sans le visa du médecin, le malade n'en conclura-t-il pas qu'on lui fait subir un

---

cret *professionnel* ? — Oui, c'est la possibilité d'une erreur de diagnostic, dont les suites seraient d'autant plus fâcheuses pour nous que nous ne sommes point juges de ces sortes d'affaires. Peut-être aurons-nous vu l'assuré seulement après la mort ; peut-être l'aurons-nous vu mourant, sans pouvoir recueillir aucune indication sur la cause du décès ; et même en supposant que nous l'ayons visité plusieurs fois, est-il toujours facile ou possible de distinguer d'une hémorrhagie cérébrale les effets de certaines lésions syphilitiques du cerveau, une fièvre typhoïde d'une phthisie galopante, etc. ?

Conclusion unique. — Nous ne devons donner de renseignements en aucun cas.

Conséquences de notre refus. — Désormais les compagnies prendront, au moment de l'admission des assurés, des précautions pl grandes pour éviter les surprises et sauvegarder leurs intérêts, et es procéderont au règlement d'une façon plus large. Leurs as ances seront ainsi doublées de la sécurité qui n'existe pas to urs aujourd'hui pour leurs clients.

'les persistent dans leurs errements du passé, il pourra en

traitement dangereux ? Il demandera des explications au pharmacien ; que répondra celui-ci ? devra-t-il se renfermer dans le secret médical ? Mais ce défaut de réponse ne calmera pas l'inquiétude du malade, au contraire.

Vous voyez donc, messieurs, à quels inconvénients pour le malade, pour le pharmacien et même pour le médecin, entraînerait l'obligation de restreindre la liberté du malade et celle du pharmacien.

Les cas sont très rares, du reste, où il est résulté des accidents de la liberté laissée au pharmacien de renouveler, sous sa responsabilité, plus ou moins souvent la prescription du médecin, et vous avez vu, par le jugement précité, que la loi peut sévir contre les abus qui résultent de l'imprudence ou du manque de circonspection du pharmacien.

En conséquence, je suis d'avis que la société est suffisamment garantie dès à présent par l'ordonnance royale de 1846 sur la vente des substances vénéneuses ; qu'elle ne trouverait aucun avantage de plus si on obligeait le pharmacien à ne pas renouveler une prescription sans un nouveau visa du médecin ; qu'il y aurait, au contraire, des inconvénients graves pour la régularité du traitement et une atteinte sérieuse portée à la liberté

---

résulter entre les parties contractantes des procès qui ne nous regarderont pas, et peut-être pour le médececin une citation devant les tribunaux.

Dans ce cas nous déclarerons que nous n'avons rien à dire en vertu de notre secret professionnel, et aucun tribunal ne pourra nous condamner sur un objet que seuls nous connaissons ; et nous sortirons de l'affaire plus honorés que si nous avions parlé, notre langage devant toujours être interprété par quelqu'un dans un sens défavorable à notre considération. F. Chauvel.

2° *Mémoire de M. le Dr Margueritte.*

Cette question me paraît ne pouvoir être résolue d'une manière absolue ni dans un sens ni dans l'autre, et l'on pourrait produire en faveur de l'une ou l'autre solution une multitude de faits contradictoires. C'est, en fin de compte, à la liberté qu'il faut avoir recours, et le médecin, en pareil cas, n'a qu'à se rappeler l'article 378 du Code pénal, à interroger sa conscience, et à agir comme il croira devoir le faire : lui seul est juge de ce qu'il doit dire, de ce

de la personne voulant user d'une ordonnance qui lui appartient, et qu'enfin le pharmacien, par les preuves de savoir qu'il a fournies pour obtenir son diplôme, par les exigences de la loi qui fixe à vingt-cinq ans l'âge auquel il pourra s'établir, doit inspirer assez de confiance dans sa prudence et sa circonspection pour qu'il soit inutile d'apporter une nouvelle restriction à sa liberté.

En conséquence, je demande que la Société de médecine légale veuille bien émettre l'opinion qu'il n'y a pas lieu d'ajouter de nouvelles dispositions législatives aux lois etordonnances qui régissent actuellement l'exercice de la pharmacie.

Telles sont, messieurs, les réflexions que j'ai soumises à la réunion et sur lesquelles la discussion s'est engagée.

M. le Président a fait connaître à la commission un fait qu'ignorent peut-être encore beaucoup de médecins et de pharmaciens, c'est qu'une tendance déplorable se manifeste dans les pays du nord, la Russie et la Norvège, particulièrement dans la haute société, à abuser des injections morphinées. Le mal est arrivé à un point tel qu'il a pris la proportion d'une véritable calamité publique et qu'il menace de nous envahir, si, par mesure d'hygiène, notre propre pays ne se met en garde

---

qu'il doit taire; lui seul peut discerner à qui il peut parler, et dans quel cas, et jusqu'où il peut aller sans faire tort à son client.

D'ailleurs, l'article 378 n'a pour but que d'empêcher des indiscrétions pouvant nuire à ceux dont le médecin a reçu ou surpris les secrets. Jamais il n'est entré dans l'esprit du législateur d'en faire un obstacle à ce que le médecin puisse rendre service à ces mêmes personnes. Et, dans l'espèce, ce serait le résultat obtenu dans la très grande majorité des cas.

D'autre part, nous n'avons pas à nous immiscer dans la rédaction des polices d'assurances. Nous avons à prendre la chose telle qu'elle est, telle qu'elle a été acceptée par les contractants eux-mêmes. Cette clause peut nous paraître inutile; nous pouvons chercher à en faire constater la vanité, et par persuasion arriver à la faire supprimer, mais voilà tout; et je crois que nous sommes mal fondés à prendre vis-à-vis des compagnies une attitude comminatoire dont le plus clair résultat sera de vexer nos clients, de leur susciter des ennuis dans un moment où ils ont besoin d'être entourés de bienveillance.

contre la déplorable habitude de la morphinomanie. Mais quelles seront les mesures préservatives à prendre contre cet ennemi ?

M. Boudet rappelle l'ordonnance du 29 octobre 1846 dont l'article V est ainsi conçu : « La vente des substances vénéneuses ne peut être faite, pour l'usage de la médecine, que par les pharmaciens et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté. Cette prescription doit être *signée*, *datée*, et *énoncer en toutes lettres la dose desdites substances*, ainsi que *le mode d'administration du médicament*.

« Art. VI. — Les pharmaciens transcriront lesdites prescriptions, avec les indications qui précèdent, sur un registre établi dans la forme déterminée par le paragraphe 1er de l'article 3. Ces transcriptions devront être faites de suite et sans aucun blanc. Les pharmaciens ne rendront les prescriptions que revêtues *de leur cachet* et après y avoir *indiqué le jour* où les substances auront été livrées, ainsi que le numéro d'ordre de la transcription sur leur registre. Ledit registre, etc. »

M. Boudet pense qu'en examinant la loi plutôt dans son esprit que dans la lettre, on voit qu'elle n'a pas voulu imposer

---

Que le médecin ne donne pas de certificat lorsqu'il lui est demandé par la compagnie, je l'admets, parce que cette demande lui est adressée par un tiers dont, à la rigueur, il peut soupçonner les intentions à l'égard des héritiers du décédé ; et que d'un autre côté, ces héritiers peuvent ignorer la démarche faite par la compagnie.

Mais lorsque cette réclamation est faite par la famille elle-même, qui souvent compte sur cet argent pour ne pas rester dans l'embarras, il y aurait de la part du médecin quelque chose de ridicule, sinon d'odieux, à refuser ce certificat, et à appuyer son refus sur ce motif que la délivrance de ce certificat serait une violation du secret professionnel.

Ce secret existe-il donc réellement ? Non, cent fois non.

Tout le monde dans l'entourage du malade, et même au delà, connaît le nom de la maladie. Et chacun le connaît si bien qu'on prête, en plus, au malade, des affections dont il n'est pas atteint ; de telle sorte que le médecin lui-même est obligé de rectifier ces diagnostics superposés par la fantaisie du public.

les précautions indiquées plus haut pour l'exécution des ordonnances seulement *lorsque le pharmacien délivre le médicament pour la première fois* ; car, si on admet que l'ordonnance peut être renouvelée sans être soumise aux mêmes précautions, il pourra arriver que la prescription faite une seconde ou une troisième fois, chez un ou plusieurs pharmaciens, ne porte qu'un seul cachet et une seule date et que les médicaments délivrés postérieurement à la première inscription amènent des accidents qui feront peser la responsabilité sur le premier pharmacien qui seul se sera conformé à la loi.

M. Chaudé, adoptant complètement cette manière de voir, voudrait que, toutes les fois qu'une prescription sera présentée chez un pharmacien, celui-ci apposât un cachet indiquant chaque fois à nouveau le numéro et la date de l'exécution de l'ordonnance, de telle sorte que, en voyant combien de fois et depuis quelle époque la prescription a été faite pour la dernière fois, le pharmacien sache bien dans quelle mesure il engage sa responsabilité.

La majorité de l'assemblée, se ralliant à l'opinion émise par MM. Boudet et Chaudé, adopte les conclusions suivantes que le Rapporteur devra soumettre à la Société de médecine légale:

Parcourez la liste des maladies que le bureau d'hygiène a mise entre nos mains pour nous faciliter la déclaration des décès. Vous ne trouverez qu'une maladie qui réclame le secret : c'est la syphilis. Et ce secret doit être gardé même vis-à-vis de la famille. Mais dans ces cas très rares où le nom de la maladie doit être caché, le médecin peut se contenter de donner le même nom qu'à l'état civil. De plus chacun de nous sait parfaitement qu'il peut donner le nom d'une maladie sans en énoncer les causes, lesquelles sont souvent loin d'être tout à fait évidentes et péremptoires.

Il est enfin des cas dans lesquels le médecin peut seul trancher la question au profit des héritiers. Je veux parler de ces faits de suicide d'un malade en cours de traitement pour une maladie aiguë et fébrile.

La compagnie d'assurances vous tiendra ce langage : « Le malade s'est suicidé ; le suicide est une cause prévue de rupture du contrat ; donc je ne paye pas. » Alors que doit faire le médecin auquel on arrivera toujours à s'adresser ? Est-ce que spontanément il ne

La Société de médecine légale émet le vœu :

1° En ce qui concerne les médecins, que, lorsque l'un d'eux prescrira une médication susceptible d'occasionner des accidents toxiques, soit par suite d'erreur dans l'emploi du médicament, soit par l'abus qui pourrait en être fait volontairement, l'ordonnance porte en toutes lettres, selon le texte de la loi, la quantité prescrite de la substance toxique, le mode d'administration du médicament et, lorsque cela lui paraîtra possible, le nombre de fois au maximum que l'ordonnance pourra être exécutée sans un nouveau *visa*.

2° Toutes les fois que le pharmacien exécutera une prescription, alors même qu'elle serait déjà inscrite sur son registre, il devra apposer de nouveau son cachet, un numéro et un timbre indiquant la date du jour de l'exécution.

3° Enfin que les solutions pour injections hypodermiques ne devront en aucun cas être renouvelées sans une autorisation spéciale du médecin qui les a prescrites.



---

n'écriera pas : « Non, le malade ne s'est pas suicidé : il s'est tué sous l'empire de la fièvre, ou de souffrances atroces. »

Agir autrement, serait tout bonnement odieux de sa part et l'exposerait à de justes récriminations.

En résumé, je crois pouvoir conclure :

Que le médecin n'a qu'à bien se prénétrer de l'esprit de l'article 378, qu'à interroger sa conscience et à tenir la conduite qui lui paraîtra la plus conforme à l'équité, et au mieux des intérêts de chacun. Jamais il ne doit aliéner son indépendance, ni s'enfermer dans des règlements plus stricts que la loi.

Dr MARGUERITTE.

(*A suivre.*)



Vacances médicales. — Voir pour les postes médicaux vacants aux annonces.

REVUE CLINIQUE

DE LA TAILLE HYPOGASTRIQUE.

(TROISIÈME ARTICLE.)

Pour terminer l'étude de la *taille hypogastrique*, il me reste à parler de l'application qu'on peut en faire dans le cas de *rétrécissement infranchissable du canal de l'urèthre.* Bien que cela puisse paraître exagéré, il n'en est pas moins vrai que la cystotomie sus-pubienne a été faite pour pratiquer le *cathétérisme rétrograde.* C'est le professeur Bœckel, de Strasbourg, qui,en 1868, a le premier employé ce procédé opératoire. Ce fait, mentionné par Sédillot (1), est rapporté avec tous les détails dans la thèse du Dr Garcin, de Strasbourg (1884). Il s'agit d'un enfant de 20 mois, hypospade qui éprouvait les difficultés les plus grandes pour uriner. L'hypospadias présentait comme particularité que le méat urinaire se terminait en cul-de-sac à 0,003 millim. de profondeur. Après avoir vainement exploré tout le pourtour du cul-de-sac et du méat sans pouvoir pénétrer dans le canal ; après avoir même pratiqué le cathétérisme forcé au fond du cul-de-sac sans produire d'autre résultat qu'une fausse route, la rétention d'urine menaçant de devenir complète, M. Bœckel fit la ponction périnéale, mais il ne put trouver ni le bout antérieur, ni le bout postérieur de l'urèthre. Il pratiqua alors séance tenante la cystotomie sus-pubienne et il introduisit dans le col vésical, une sonde d'argent qui ressortit par la plaie périnéale ,« indiquant, dit l'auteur, que le canal avait été ouvert, mais non reconnu ». Ensuite M. Bœckel introduisit dans le bout antérieur de l'urèthre un stylet qui, dirigé d'arrière en avant. « arriva jusque dans la lèvre droite du méat urinaire au sommet de laquelle existait une ouverture comme une pointe d'aiguille: c'est par là que l'enfant urinait ». Une incision du pont muqueux rétablit le calibre du méat, puis M. Bœckel introduisit, par le canal, un drain qui ressortait par la plaie sus-pubienne. L'enfant guérit. M. Garcin donne quatre autres opérations semblables, pratiquées

(1) Sédillot et Legouest. *Médecine opératoire*. t. II, p. 655.

dans le même but par M. Bœckel; trois furent suivies de mort. La cinquième est analogue à peu de chose près à la première, en tant que circonstances pathologiques et opératoires, sauf qu'elle a trait à un homme de 47 ans, qui guérit également.

L'auteur recommande de ne faire qu'une petite incision, et de vider immédiatement le ballon rectal, afin de ne pas être gêné pour le cathétérisme rétrograde.

Nous avons donc, dans la cystotomie sus-pubienne, un nouveau procédé de thérapeutique chirurgicale, nous permettant d'intervenir d'une façon efficace contre les rétrécissements infranchissables; et en évitant ainsi un des accidents les plus redoutables de la pathologie des voies urinaires : je veux parler de *la rupture de la vessie.*

Il est hors de toute contestation qu'en présence d'une rétention complète d'urine, qui menace l'existence du malade, et ayant à notre disposition une opération qui permet de conjurer le danger, bien que cette opération comporte en elle-même tous les aléas, toutes les complications inhérentes à une opération quelconque, on ne devra pas hésiter un instant, et on sectionnera la vessie dans la crainte qu'elle ne se rompe spontanément.

Cependant, il ne faudrait pas ériger cette conduite en principe, et pratiquer la cystotomie sus-pubienne chaque fois qu'on se trouvera en présence d'un rétrécissement infranchissable. On devrait, avant tout, débarrasser la vessie en pratiquant la ponction à l'aide d'un trocart, ou mieux encore, avec la ponction aspiratrice. Cette dernière surtout est absolument inoffensive et a souvent pour résultat de faire cesser cet état de congestion des parties profondes de l'urèthre, congestion qui est très souvent la cause de la rétention d'urine ; et qui, venant à disparaître, permet de pratiquer le cathétérisme ordinaire. Il est clair que chaque cas de rétention d'urine comporte ses indications thérapeutiques spéciales ; mais nous ne pouvons les discuter ici, la nature de cet article ne le comportant pas.

Mais d'une façon générale la ponction aspiratrice permet de s'opposer à la rupture de la vessie, et non seulement fait cesser cet état de congestion des parties profondes qui permet de pratiquer le cathétérisme, mais encore permet au canal de l'urè-

thre de reprendre ses fonctions ; tels sont les deux faits publiés par le Dr Hamaïde, de Fumay (Ardennes), dans le *Bulletin de Thérap.* du 15 mars 1884, et que notre collaborateur M. Lormand a rapportés dans le *Journal de Médecine* du 24 mai 1884.

Le premier malade subit treize ponctions aspiratrices. Le second, dix-huit ; chez l'un et l'autre la miction redevint normale, bien que tous les deux eussent une rupture du canal de l'urèthre. Que l'on n'ait pas d'aspirateur sous la main, et qu'il y ait imminence de danger : dans ces conditions-là, la cystotomie sus-pubienne devra être pratiquée sans la moindre hésitation ; mais lorsque l'on possède un aspirateur Dieulafoy ou un appareil Potain, la ponction aspiratrice est indiquée, et devra être tentée avant toute autre opération. Quant à l'opération de la boutonnière, elle conserve toujours ses indications particulières, qui peuvent la faire, dans certains cas, marcher de pair avec la cystotomie sus-pubienne. Cependant, la difficulté de pouvoir arriver sur le canal de l'uréthre dans un cas d'infiltration urineuse devra faire préférer la taille sus-pubienne. Mais la ponction aspiratrice conservera toujours le premier rang comme opération d'urgence, en mettant le malade à l'abri de tout danger.

Voilà donc passées en revue toutes les indications de la taille hypogastrique. Il me reste à parler des inconvénients éloignés que présente cette opération, soit qu'on l'ait pratiquée pour enlever un calcul ou un néoplasme, soit pour pratiquer le cathétérisme rétrograde : ce sont les adhérences cicatricielles qui s'établissent entre les parois vésicales et la paroi abdominale et qui empêchent la vessie de se contracter complètement pour expulser l'urine. Il existe alors une certaine étendue ; une aire plus ou moins grand · de la cavité vésicale qui ne peut plus se contracter, qui ne se vide plus entièrement, qui conserve toujours une certaine quantité d'urine, et qui favorisera le dépôt de concrétions calcaires. M. Reliquet, en appelant mon attention ce point, m'a dit avoir enlevé par la lithotritie, à deux repri- différentes, des concrétions phosphatiques chez un malade avait été opéré quelques années auparavant de la taille hypo- trique ; ces concrétions phosphatiques s'étaient développées s la partie d'adhérence vésico-abdominale. Ces résultats

ultérieurs de la taille hypogastrique constituent donc un inconvénient réel de cette opération qui serait suffisant pour y faire renoncer, si on ne trouvait pas dans les résultats immédiats fournis par cette taille des raisons absolument majeures pour la conserver à la chirurgie. Mais je ne pouvais me dispenser de citer l'objection faite à cette opération par le Dr Reliquet dont l'autorité en pareille matière est incontestable, et il y a tout lieu de croire que les chirurgiens, prévenus de cette complication ultérieure de la cystotomie sus-pubienne, sauront l'éviter, et contribueront à conserver dans le domaine chirurgical cette opération éminemment française : *la Taille de Franco.*

A. Rizat.

SUR UN NOUVEAU TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DE PÉRIMÉTRITES

Par le Dr G. Apostoli.

La communication faite par notre confrère au Congrès de Copenhague peut se résumer ainsi :

L'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, désignée sous le nom de périmétrite ou pelvi-cellulite, est une maladie des plus fréquentes et des plus rebelles à la thérapeutique classique. L'électricité, sagement et méthodiquement appliquée, peut être d'un grand secours, soit au début, dans la forme aiguë, pour prévenir la suppuration, atténuer la douleur, et tâcher de faire avorter une phlegmasie commençante, soit à la fin, dans la forme chronique, pour accélérer la convalescence et hâter la résorption d'un exsudat ; on peut l'appliquer sous deux formes : le courant induit ou faradique et le courant galvanique ou continu ; chacun de ces deux modes électriques trouvera des indications diverses et variables (suivant la nature et la période de la maladie), qu'il va très sommairement formuler :

A. Le courant faradique ou induit peut être appliqué à l'utérus de deux façons différentes :

La première est celle de A. Tripier, qui a créé la méthode et a appliqué il y a 20 ans, pour la première fois, le courant faradique à l'utérus atteint de métrite ; c'est la méthode uni-

polaire consistant à mettre un pôle dans la cavité utérine et à fermer le circuit sur le ventre, au-dessus du pubis. — La seconde méthode est celle qu'il a proposée (Académie de médecine de Paris, 20 février 1883 — et communications faites à la Société de médecine de Paris, le 28 avril 1883 et le 23 février 1884) et qui consiste à mettre les deux pôles dans l'utérus, par une sonde à l'extrémité de laquelle ils se trouvent placés, très voisins l'un de l'autre. Ce second procédé de faradisation utérine, dite double ou bi-polaire, d'une pratique aussi simple que celui de A. Tripier, est destiné à rendre l'opération : 1° plus facile, en supprimant le concours d'un aide ou celui de la malade pour tenir les tampons ; — 2° moins douloureux en évitant toute application du courant sur la peau ; — 3° plus actif, en localisant l'action du courant dans l'utérus et en permettant ainsi, grâce au peu de sensibilité de cet organe, d'élever facilement l'intensité électrique ; — 4° plus efficace, grâce à un rayonnement plus général et à un effet thérapeutique plus puissant. — Pour toute phlegmasie péri-utérine, l'application sera toute différente de celle de l'inflammation utérine simple, si magistralement traitée dans le livre de Tripier (*Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Paris, 1884). Dans la métrite, en effet, il faut, dit Tripier, un courant faradique engendré par une bobine à fil gros et court, courant dit de quantité, où l'intensité doit être aussi forte que possible et devra durer de 3 à 5 minutes. — Dans les périmétrites, il faut, au contraire, éviter toute réaction trop vive ; il faut une stimulation douce, progressive et prolongée pendant un temps assez long ; il faut emprunter à cet effet au courant dit de tension, engendré par la bobine à fil long et fin, ses effets d'expansion périphérique, plus étendus que ceux de la bobine de quantité ; le courant de tension, plus que le premier, aura sur le système nerveux et par suite sur l'élément douleur un effet hyposthénisant très marqué ; il sera le modificateur le plus puissant et le moins à redouter, auquel il faudra tout d'abord et avant tout recourir.

Voici les règles principales et très sommaires qui doivent pré-[c]éder à ses applications : 1° Introduire dans l'utérus la sonde avec [un]e douceur extrême et très lentement ; s'arrêter devant toute [dif]ficulté ; — 2° l'opération ne doit jamais être douloureuse ; la

malade ne doit nullementsentir la sonde et très peu l'électricité; — 3° dans le cas où l'introduction de la sonde dans l'utérus ne pourrait avoir lieu, on devrait substituer à la faradisation utérine double, une faradisation vaginale double, en électrisant le vagin (avec la même sonde ou mieux avec une autre de plus gros calibre), le pôle terminal étant appliqué sur le col et l'autre contre une paroi vaginale ; — 4° le courant sera donné à très petite dose en avançant la bobine très lentement et en s'arrêtant à un engainement moyen qui variera du 10e au 5e de l'engainement total de l'appareil à chariot de Tripier, construit par Gaiffe et actionné par deux éléments Leclanché réunis en tension ; — 5° l'application devra être de longue durée ; elle oscillera entre 5 et 30 minutes, la moyenne sera de 10 à 15 ; elle ne devra prendre fin que lorque la malade accusera spontanément un mieux sensible ; — 6° toute séance bien faite devra immédiatement porter ses premiers fruits ; le mieux devra être sensible dès la première faradisation, la marche plus facile, la douleur atténuée ; mais ce bien-être ne sera durable qu'au bout d'un nombre variable de séances, et il se manifestera en général dès la première semaine ; — 7° cette médication doit trouver son indication même dans les formes aiguës où elle pourra, comme il l'a vu quelquefois, faire avorter le mal, s'il n'y a pas de suppuration commençante, et dans le cas contraire l'atténuer considérablement ; — 8° dans la période sub-aigüe et chronique les précautions du début concernant le dosage sont moins de rigueur et on peut sans crainte augmenter l'intensité, ce qui aurait été dangereux dans la première période ; — 9° c'est dans la forme chronique simple, et seulement alors, lorsqu'il n'y a ni fièvre, ni réaction douloureuse, que le courant faradique de tension peut avantageusement se combiner avec le courant de quantité (qui doit être prescrit dans la période aigüe ou sub-aigüe) appliqué à petite dose et de courte durée pour exciter plus vivement la contractilité musculaire, activer la circulation de retour et faire, comme l'a très bien dit Tripier, du vrai massage interstitiel, pour aider plus activement à la résorption des exsudats.

B. — Le courant continu appliqué sous la forme de galvanocaustique chimique intra-utérine pourra, dans la période subaigüe ou chronique, et jamais dans l'état aigu, servir d'utile

auxiliaire à la faradisation (voir pour la technique opératoire le mémoire du Dr G. Apostoli : *Sur le traitement électrique des fibromes utérins*).— Il faudra toutefois que cette opération soit faite à petite dose de 20 à 40 milliampères et de courte durée, de 3 à 5 minutes. Elle ne devra jamais être douloureuse, elle devra toujours être bien supportée et il faudra l'interrompre si la malade accuse une sensibilité quelconque.

En résumé, les inflammations du tissu cellulaire péri-utérin sont destinées à trouver dans l'application méthodique de l'électricité une ressource puissante pour aider à leur résolution. — Depuis deux ans le Dr G. Apostoli a toujours appliqué cette unique médication, à l'exclusion absolue de toute autre, à plusieurs cas qui, tous, ont été suivis d'un résultat rapide et durable.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR LE BROMURE DE POTASSIUM

Monsieur L., 53 ans, obèse, de forte stature. Tempérament sanguin, légèrement bilieux, arthritique, compte des goutteux, des diabétiques et des arthritiques dans sa famille.

D'une santé habituelle bonne, il se livre à beaucoup de travail intellectuel, pour subvenir aux exigences de ses occupations privées et publiques, Il a de grandes habitudes de tempérance.

A l'époque où furent commencées ces notes (21 avril 1883) le malade avait remarqué, depuis quelque temps, un amaigrissement assez grand chez lui. Depuis un mois, il urinait beaucoup, avait grand'soif, sans que, pour cela, il éprouvât un besoin plus grand de nourriture.

La langue était épaisse, sans enduit saburral ; lassitude générale, insommie.

Ayant observé que son urine désséchée laissait des taches blanches, il m'en fit part, ainsi que de ce qui précède.

Les urines furent conservées. Elles produisirent une moyenne de 10 à 12 litres par jour.

M. Marchand, pharmacien à Fécamp, les analysa ; leur densité était de 1047 ; elles renfermaient 47 grammes de sucre

par litre, 2 grammes d'albumine. Le régime institué fut la suppression de l'alimentation féculente, mais sans trop de rigueur, ne comptant guère sur la bonne volonté du malade pour cela. Il fut en outre recommandé beaucoup d'exercice et une potion quotidienne renfermant 4 (quatre) grammes de bromure de potassium avec 5 centigrammes d'opium.

L'observation de l'hygiène alimentaire fut presque nulle, mais l'exercice le fut mieux, quoique le malade donnât trop de temps encore aux affaires. Le bromure et l'opium furent pris régulièrement.

Cinq jours après (26 avril), le sommeil est meilleur, l'amaigrissement se continue, la polydipsie se trouve bien améliorée; il n'y a plus guère que 3 à 4 litres d'urine par jour. Densité 1025, sucre 10 gr. 95.

Le 30 avril : Langue toujours un peu pâteuse, mauvais goût, 2 à 3 litres d'urines. Boisson égale à l'émission.

Le 3 mai : Densité 1022, sucre 4 gr. 90, pas d'albumine, 16 gr. 30 de matières extractives ; cendres 5 gr. 10.

Le 16 mai : Densité 1018,4. sucre 2 gr. 14.

L'alimentation n'est guère modifiée, mais le malade prend beaucoup d'exercice.

A la fin de mai, l'usage du bromure doit être suspendu, par suite d'un affaiblissement général assez notable, sans obnubilation intellectuelle cependant. La dernière analyse faite à ce moment ne revèle pas de sucre.

Au mois de juin, le malade va passer une saison à Vichy. On ne trouve pas de sucre dans trois analyses faites pendant cette période. Il n'y a qu'un excès de 2 gr. 39 d'acide phosphorique par litre. L'émission est normale.

En juillet, nouvelle analyse de M. Marchand, rien d'anormal qu'un peu d'excès d'acide phosphorique qui a persisté quelque temps; depuis on n'a rien trouvé.

Le malade a renoncé à une partie de ses préocupations pour mener une vie physique plus active ; il se porte fort bien ; toutes les analyses sont négatives pour les pertes.

En résumé, nous avons eu là un cas de diabète sans doute dû à des préocupations trop grandes. Le bromure de potassium nous a paru amener une sédation rapide des symptômes glucosuriques. L'exercice a fait le reste. Quant à l'alimentation,

le malade n'était pas assez docile pour changer ses habitudes, d'ailleurs fort régulières et sobres.

Léon DUFOUR.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

—

Des éruptions érythémateuses des enfants et de leur traitement, par le Dr LORENZO. — L'auteur a observé chez les enfants toutes les variétés de l'Erythème polymorphe si bien décrit par Hebra ; dans les formes papuleuses, érythémateuses simples, rouges, exsudatives, noueuses, l'état général parait rester bon ; mais, dans les variétés intertrigineuses et urticariennes il y a souvent de la fièvre, de l'hypéresthésie et de la douleur, parfois des convulsions. Il est quelquefois difficile de différencier ces éruptions des éruptions syphilitiques, surtout lorsqu'elles sont circinées. Cependant, l'absence totale des autres signes d'une affection syphilitique, tels que adénites, plaques muqueuses, ozène, permettra presque toujours d'établir le diagnostic. Le traitement consiste surtout en soins d'hygiène : on doit se contenter le plus souvent de laver les parties malades avec une solution émolliente, puis de les poudrer avec une poudre inerte, amidon ou lycopode. Si l'inflammation de la peau est trop vive, on peut se servir, suivant les cas, d'une solution faible ou concentrée d'acétate ou de bicarbonate de soude. C'est surtout dans les formes intertrigineuses que la plus extrême propreté est indispensable ; on doit empêcher les deux surfaces cutanées irritées d'être en contact, et pour cela, on les sépare avec un linge en toile fine saupoudré d'une poudre inerte. Quand les démangeaisons sont trop vives, on peut administrer de petites quantités de bromure de sodium. On peut aussi prescrire une pommade contenant de l'oléate de chaux, de l'oléate de zinc et du glycérolé d'amidon ou bien la pommade benzoïnée d'E. Wilson. (*Arch. di Patol*, juin 1884.)

L. B.

Cas de sclérodermie de la jambe gauche, par le Dr SYMPSON. — Il s'agit dans cette observation d'une petite fille

de 5 ans, faible, débilitée, qui entra pour une entorse du pied gauche à l'hôpital du comté de Lincoln. La peau de la partie interne et antérieure de la cuisse sur une largeur de trois pouces vers l'aine et de un pouce sur la face dorsale du pied, était pâle, lisse, et irrégulièrement tachetée de plaques d'un jaune brunâtre. Au toucher, elle était très tendue, résistante et élastique. Grâce à la rétraction du tibial antérieur, le pied formait avec la jambe un angle de 30°. L'articulation du cou de-pied était presque immobilisée, celle du genou l'était tout à fait. La jambe gauche était de un pouce et demi plus courte que la droite. La petite malade fut soumise à un traitement arsenical : son état s'améliora peu à peu ; les mouvements des articulations devinrent plus faciles et la peau s'assouplit. Malheureusement il survint un frisson ; tout le membre fut envahi par une poussée d'érythème ; deux escharres de la grandeur d'un shilling se développèrent sur la rotule. Tous ces phénomènes morbides s'amendèrent assez rapidement sous l'influence d'un traitement approprié, mais la peau reprit sa dureté primitive. Après des périodes variables d'amélioration et d'aggravation, l'enfant finit par entrer dans une phase réelle de meilleure santé sous l'influence de fortes doses d'huile de foie de morue et d'arsenic. La peau devint surtout plus souple en même temps qu'une bande foncée de pigment se développait. (*Brit. med. Journal*, juin 1884.)

L. B.

Nature, Etiologie et Traitement de la pneumonie, par le Dr Burney Yeo. — En 1875 Klebs affirmait que la pneumonie était une maladie parasitaire, mais c'est Friedlander qui eut le premier mérite d'en reconnaître le parasite et d'en décrire la forme. Le Dr Yeo montre dans son article, en s'appuyant sur des séries d'exemples, que la pneumonie est réellement une maladie infectieuse, dépendant de l'existence dans le corps humain d'un organisme pathogénique spécifique, qui s'y développe sous certaines circonstances fort rares de temps, de lieu et de saison, et qui peut se propager par contagion directe ou indirecte. Or, l'idée la plus généralement admise encore à l'heure actuelle sur la pneumonie, c'est que c'est le type des inflammations locales, consécutives à l'impression du

froid, et que la fièvre qui l'accompagne n'est symptomatique que de la lésion locale. Mais l'opinion qui tend au contraire à s'établir maintenant, c'est que c'est une maladie générale dont l'inflammation pulmonaire n'est que la manifestation locale principale. Toutefois, l'auteur ne base pas son traitement de la pneumonie sur ces principes : il croit que ce traitement doit varier suivant les cas et suivant les individus. C'est surtout dans cette maladie qu'il faut faire, dit-il, de l'opportunisme. (*Med. Times and Gazette*, mai 1884, p. 721.)

L. B.

De quelques affections nerveuses du cœur, par Fothergill. — L'auteur place en tête des affections nerveuses du cœur la simple intermittence qu'il définit une halte dans la contraction rhythmique normale des ventricules. On l'observe très fréquemment chez les personnes âgées, et si elle coïncide alors avec une maladie organique, elle peut causer des alarmes exagérées. Ce n'est qu'un simple trouble rhythmique qui n'a, autant que nos connaissances actuelles nous permettent d'en juger, aucune signification par lui-même, et n'en a que lorsqu'il existe d'autres symptômes de lésions organiques. Lorsque les intermittences deviennent plus marquées à la suite d'efforts, il faut examiner l'état des organes circulatoires, car il est probable qu'il y a alors quelque chose de plus qu'un simple trouble nerveux.

Les palpitations constituent une autre affection nerveuse du cœur : rien de plus fréquent que les palpitations pendant la nuit chez les femmes à l'époque de la ménopause, surtout lorsqu'elles ont une constitution arthritique. Parfois les rapports sexuels en déterminent l'apparition; parfois, au contraire, ils les calment; assez souvent elles reconnaissent pour cause une affection utérine, en particulier un déplacement de la matrice. Chez certaines femmes on trouve aussi un cœur constamment agité et tumultueux, donnant lieu parfois à beaucoup de palpitations, après quoi arrivent des périodes d'excitation moindre, bien qu'il n'y ait jamais de repos absolu. D'après l'auteur toutes ces affections nerveuses n'auraient pas de gravité : elles ne dégénéreraient jamais à la longue en lésions organiques. (*Lancet*, juin 1884, p. 1068.)

L. B.

Epidémie d'ictère grave à forme typhoïde à Torre dell' Annunziata, par Fazio. — Vers la fin de juin 1883, plusieurs cas d'ictère aigu se produisirent dans la ville de Torre Annunziata. Comme les médecins de la localité ne purent s'entendre sur la nature de cette affection qui faisait d'assez grands ravages, on demanda au conseil de santé de la province de nommer une commission pour rechercher quelle pouvait être cette maladie que certains dénommaient ictère grave, d'autres atrophie jaune aiguë du foie, d'autres ictère typhoïde, d'autres enfin fièvre jaune. L'autopsie de plusieurs sujets montra de nombreuses extravasations sanguines, une tuméfaction notable de la rate, une légère augmentation de volume du foie. La bile s'écoulait librement dans le duodénum ; les plaques de Peyer étaient un peu tuméfiées ; la substance corticale des reins était un peu congestionnée et colorée par un pigment grisâtre ; il y avait un peu de congestion pulmonaire hypostatique. Il s'agissait donc évidemment d'une fièvre infectieuse d'un type indéterminé, mais de nature typhoïde : elle ne prit pas d'ailleurs un caractère franchement épidémique. On n'en observa que 12 cas en quatre mois de temps dans une ville de 25,000 âmes. Sur ces douze malades, sept succombèrent. On ne put rien trouver qui en expliquât le développement ; cependant, on doit mettre en ligne de compte le mauvais état hygiénique de la ville. L'eau potable est apportée par un aqueduc ouvert dans lequel on jette toute sorte de saletés ; le sous-sol est sursaturé d'immondices ; les maisons sont mal tenues et l'on ne met en pratique aucune mesure de désinfection. (*Giornale della Societe Italiana d'Igiene*, déc. 1883.)

L. B.



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

Manuel pratique des maladies de la peau, par le Dr F. Berlioz, in-12 de 470 pages. Paris 1884. Octave Doin, éditeur. — Depuis quelque temps déjà le besoin d'un manuel des maladies cutanées se faisait sentir en France. Le progrès qu'a fait

depuis une quinzaine d'années l'étude de la dermatologie est en effet immense, et l'excellent traité de Baudot était devenu insuffisant. Il est vrai que le Dr Doyon avait traduit le grand ouvrage de Hebra, que les Drs Doyon et Besnier avaient traduit et annoté les leçons de Kaposi, et les Drs Barthélemy et Colson le traité de Duhring; il est vrai que le Dr Guibout avait publié ses leçons; mais tous ces travaux, si remarquables à tant d'égards, ne pouvaient guère servir aux étudiants et même aux praticiens peu désireux d'approfondir les maladies cutanées. Ils demandaient un livre élémentaire, clair et succinct, et c'est ce que vient de leur donner le Dr Berlioz. Nous ne pouvons que l'en féliciter, car il fallait un véritable courage pour entreprendre cette tâche à l'époque de transition, je dirais presque de crise que subit en ce moment la dermatologie. Le Dr Berlioz a bien compris d'ailleurs toutes les difficultés de son entreprise, et il a souvent tâché de concilier les idées nouvelles venues d'Allemagne avec l'enseignement de la vieille école française. Nous le répétons, il a fait une œuvre utile, et nous ne pouvons que conseiller son ouvrage à tous ceux qui veulent avoir des notions succinctes de dermatologie.

L. Brocq.

FORMULAIRE

Nouveau procédé pour reconnaître l'albumine dans les urines.

Faites dissoudre d'un côté une partie de sublimé corrosif dans vingt parties d'eau, et d'un autre côté une partie d'iodure de potassium dans deux parties d'eau ; on mé[lange] les deux solutions, et, dans ce mé[la]ngé, on trempe, dit M. Hoffma[n], des feuilles de papier Joseph qu'on fait sécher, et qu'on découpe en bandelettes ; il suffit de plonger une bandelette dans le liquide urinaire : s'il contient de l'albumine, celle-ci se précipite immédiatement ; il faut que l'urine soit acide; si elle ne l'est pas, on trempe la bandelette de papier dans de l'acide nitrique.

S. M.

Du sublimé en collyre contre les ophtalmies granuleuses.

Sublimé..............	1 gr.
Alcool................	10 —
Eau distillée..........	240 —

Le Dr Pœschel, de Turin, a essayé le sublimé dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse, pour combattre le micro-organisme par la médication désinfectante avec la solution à 1/10,000 de sublimé appliquée sous forme de bains continus; au moyen d'un appareil en caoutchouc, il enlève préalablement l'épithélium conjonctival par une énergique cautérisation avec le nitrate d'argent ou au moyen de la chaleur qui serait parfois un excellent moyen de traitement ; on procède comme d'ordinaire : les paupières bien retournées, on passe sur tous les points de leur face conjonctivale un pinceau imbibé de la solution ; on laisse son action s'éteindre d'elle-même, ce qui arrive assez promptement dans la plupart des cas ; la douleur est très supportable avec la solution au 1/250 ; plus concentrée, elle est douloureuse.

S. M.

—

Traitement de l'épilepsie.

S'adressant aux agents thérapeutiques les plus usités de l'épilepsie, M. le professeur Ball a recherché si, par leur action simultanée, ils ne seraient pas plus efficaces que pris isolément. Les heureux résultats obtenus à la clinique de *Sainte-Anne* sont maintenant assez nombreux pour qu'il nous soit permis d'attirer l'attention sur cette nouvelle médication.

Les bromures alcalins et particulièrement les bromures d'ammonium et de sodium, la belladone et l'oxyde de zinc forment la base du traitement.

Les bromures d'ammonium et de sodium sont donnés en parties égales dans une solution aqueuse au quinzième :

Bromure d'ammonium. }	*àâ*
— de sodium.... }	10 gr.
Eau.................	300 —

à prendre par cuillerées à bouch dans une tasse de tisane de valériane.

On commence par quatre cuille rées à bouche par jour et on peu aller jusqu'à 8 et 10, si le traite ment n'est pas suivi d'effet au bou de quelques jours.

La belladone et l'oxyde de zi sont prescrits sous forme de pil les, contenant 2 centigrammes 1/ d'extrait de belladone et auta d'oxyde de zinc :

Extrait de belladone... }	*àâ*
Oxyde de zinc......... }	1 gra

pour 40 pilules.

On donne deux pilules par jou une le matin, une le soir. Da les cas rebelles on peut aller ju qu'à 4 pilules sans inconvénien Chez les sujets congestifs, il fa employer comme adjuvants soit l purgatifs drastiques, soit la s gnée, soit les applications de sa

sues aux tempes ou derrière l'oreille. (*Encéphale*).

Ce qui est important à noter dans ce traitement, c'est son action presque immédiate et continue, qui souvent se manifeste dès le second jour ; il ne faut pas l'interrompre brusquement, mais peu à peu, en diminuant progressivement les doses.

Dr Octave GOURGUES.

VARIÉTÉS

Un Concours pour la nomination à cinq places d'interne titulaire en pharmacie, vacantes dans les asiles du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Évrard et Vaucluse) s'ouvrira le lundi 8 décembre 1884, à une heure précise, à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, bureau du personnel, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 6 au samedi 22 novembre 1884 inclusivement.

— Deux concours s'ouvriront dans la salle d'administration de l'Hospice général de Tours:

Le premier, pour la nomination aux places vacantes d'internes en médecine et en chirurgie, le jeudi 2 octobre 1884, à midi ;

Le second, pour la nomination aux places également vacantes d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie, le jeudi 9 octobre 1884, à midi.

— L'Académie royale de médecine de Belgique a décerné à M. le docteur Taguet, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bordeaux, une mention honorable pour son travail sur l'alcoolisme intitulé : *L'ivrognerie tue plus de monde que les fièvres les plus meurtrières.*

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Lebrun, de Beaumont-le-Soyer, et de M. le docteur Chataignau, conseiller général de la Creuse.

Le COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE, dans sa séance de lundi dernier, a voté l'interdiction de la prochaine exposition des bébés. Le comité s'est basé sur les dangers que pourrait offrir, au point de vue des maladies contagieuses, la réunion d'un nombre considérable d'enfants en dehors de toute surveillance médicale.

— Le *Bulletin de la Société de l'histoire de Paris et de l'Ile-de-France* publie le texte d'une curieuse ordonnance de 1596, relative à la peste qui sévissait à Paris.

Voici un passage de cette ordonnance rigoureuse :

Ceux qui auront esté frappez de ladicte maladie et aur
leur santé, ensemble les domestiques, ne pourront aller
porter une verge blanche l'espace de quarante jours.

Seront les maisons de ceulx qui seront déceddez de pe
par lesdictz prévostz ou par lesdictz aydes qui ont ordo
prévostz, lesquels aydes allant et venant par la ville sero
ter leurs casacques avec une croix blanche.

Il est ordonné qu'il y aura trois barbiers pour penser l
la contagion; l'ung desquels, nommé de La Forest, est log
parts d'entre les portes Sainct-Denis et Sainct-Martin : l
sart, près l'église Sainct-Pol ; et le troisième, nommé
Neufve-Nostre-Dame, près Saincte-Geneviesve-aux-Ardan

Il est enjoinct aux barbiers et chirurgiens de la ville c
de Paris, à l'instant qu'ils auront veu et descouvert au
frappé de la maladie de la peste, le dénoncer au commiss
tier, en peine d'amande arbitraire et d'estre chassez de la

S'il se trouve aulcun qui soit reffusant d'obéyr au prés
est enjoinct aux commissaires du Chastellet de les faire
par lesdicts prévostz de la santé ou leurs aydes en l'une
pour ce faire sont ordonnez, l'une sur la porte de Montma
sur les vignes, faulxbourgs Saint-Marcel, pour estre r
puniz et chastiez comme perturbateurs du repos et santé

Deffences sont faictes à toutes personnes de quelque c
dition qu'ils soient de porter en terre de jour ceulx qui s
de la maladie de peste, et spéciallement aux presbtres de
de ne conduire de jour le corps des déceddez, de quel
lieu que ce soit.

Et à ce qu'aulcun n'en prétende cause d'ignorance sera
glement et ordonnance leue et publiée à son de trompe
par les carrefours de ceste ville de Paris.

Faict et arresté en l'assemblée de la police tenue a
Paris, le lundi vingt-neufviesme jour de juillet mil cin
vingtz et seize. Signé : Myron et de Vi

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVA

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 *septembre* 1884. — Présidence de

M. le ministre de l'Instruction publique tran

démie ampliation d'un décret approuvant l'élection de M. Cornil comme membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique en remplacement de M. Parrot, décédé.

M. Cornil, présent à la séance, est invité à prendre place parmi ses collègues.

M. le Président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de subir en la personne de M. Oulmont.

M. Oulmont avait exprimé le désir que ses obsèques fussent des plus modestes et qu'il n'y fût prononcé aucun discours. On s'est conformé à sa volonté : une députation de l'Académie a simplement assisté à ses obsèques.

M. Le Roy de Méricourt donne lecture d'une note adressée à l'Académie par M. Bourru, professeur d'hygiène à l'école de médecine navale de Rochefort, sur l'emploi du gaz sulfureux comme désinfectant dans les hôpitaux de la marine.

M. Bourru est arrivé à cette conclusion que le meilleur désinfectant est le gaz sulfureux et que, pour l'obtenir, le meilleur moyen est de faire simplement brûler du soufre.

M. Proust lit, pour M. Gautier, absent, et au nom de la commission des Eaux minérales, une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Remèdes secrets.— M. Méhu donne lecture d'un rapport dont les conclusions négatives sont adoptées.

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE

ÉTUDE SUR LE PAYS ET SUR LES EAUX DU MONT-DORE (AUVERGNE) (*Suite*)

Par M. Labat.

La pression barométrique indiquée généralement est de 674. J'ai observé maximum 681, minimum 662 ; moyenne 672 à 673.

La moyenne thermométrique des deux mois chauds est de 17 degrés. J'ai trouvé maximum 28°; minimum 8°; moyenne 18°. J'observerai que j'habitais une maison à l'extrémité du village où le thermomètre montait moins qu'aux environs de la place centrale ; là je l'ai vu dépasser 30°. Les moyennes de juin et

de septembre paraissent être de 14°, ce qui donnerait pour l
quatre mois d'été une moyenne de 15°5.

Quant à l'humidité relative, l'écart maximum des deux the
momètres a été 23°5 à 12° soit 50 0/0 d'humidité ; l'écart min
mum 8°5 à 8° soit 97 0/0, moyenne 75 0/0. — Je ne me suis p
borné à établir les moyennes en prenant la demi-somme d
maxima et des minima additionnés, mais en relevant les di
férences des deux thermomètres prises trois fois par jour.

Quelques journées de grande chaleur et de grande sécheres
ont coïncidé avec le vent du sud, moins accablant ici q
dans les Pyrénées. La pluie est venue généralement avec
vent d'ouest, ce qui justifie le dicton du bonnet du capuci
le vent nord-ouest a amené de la pluie froide. Pendant c
quatre semaines nous n'avons eu que cinq ou six jours d
pluie; il y en a ordinairement plus souvent, moins qu'à Caut
rets et surtout qu'à Gastein.

Les orages produisent des variations brusques de tempér
ture, pluie froide, neige sur la montagne ; changements d'a
tant plus sensibles que les rayons du soleil sont vifs dans
vallée. Ces orages sont parfois brusques et violents : le 24 juill
1856 nous fûmes pris et arrêtés, sur les plateaux de Randann
par la chute d'énormes grêlons avec détonations terribles s
les pics. A la fin de juillet 1881, la foudre tombant, à 11 heur
du soir, mit le feu à une maison de bois près du pont. On d
que la foudre tombe rarement dans le village même.

Ces traits n'ont rien de spécial au climat qui nous occupe
caractérisent les régions montagneuses. Néanmoins il s'en e
suivi cette conséquence que la saison de bains ne dure q
deux mois, ce qui produit un grand encombrement du 15 jui
let au 15 août.

Bertrand a contribué à entretenir ces habitudes en n'y pa
sant lui-même que deux mois, et encore, les médecins s'en vo
au commencement de septembre. Richelot a essayé de réag
en faisant observer que la première moitié de septembre comp
un bon nombre de jours favorables au traitement. Peut-êt
la construction du nouveau casino retiendra-t-elle les ba

gneurs en leur offrant un abri contre la fraîcheur du soir et en abrégeant l'ennui des soirées devenues longues.

Le climat des hauteurs nous intéresse moins : j'ai trouvé au milieu du jour 9° au pic de Sancy, tandis qu'il y avait 13°5 au village. Je ferai observer que les troupeaux vivent à l'air libre sur les hauts plateaux jusqu'à la moitié d'octobre, et que les habitants de Rigolet-le-Haut peuvent rester l'hiver.

La recherche des sources m'a fourni peu de résultats au point de vue de la moyenne du lieu : tous ces filets d'eau parcourant un certain trajet à l'air libre donnaient des températures supérieures ; un seul filet sur la route de Latour a fait baisser le mercure jusqu'à 6° c. Lecoq a trouvé 3 et 5° pour les filets des marais de la Dore. L'eau des fontaines du village est assez froide, 8° à celle de l'abreuvoir, 9° à celle de la poste ; ceci a des conséquences au point de vue de l'hygiène des baigneurs.

Avant d'aborder l'étude de la constitution du sol, disons un mot de la végétation, qui n'est pas sans avoir quelques rapports avec le climat.

La vigne, les châtaigniers et les noyers des environs de Clermont disparaissent à proportion qu'on s'élève ; il y en a encore au village de Cheix, près des grottes de Jonas (700 mètres). En Suisse la vigne ne dépasse pas cette limite et, dans la région du nord, les châtaigniers ne vont qu'à 800 mètres ; au Monte-Generoso j'en ai trouvé à 1,000 mètres. Les hêtres, très beaux sur le versant du Capucin et dans les bois de Latour, sont encore magnifiques au-dessus du lac Pavin, 1,300 mètres; c'est leur limite en Suisse.

Les autres essences n'offrent pas le même intérêt au point de vue de la climatologie ; les sapins atteignent des dimensions remarquables, jusqu'à 1 mètre de diamètre, dans les ravins de la Dogne, à la grande Scierie et au salon du Capucin, où ils sont ...és de lichens chevelus qui leur donnent un port si étrange. ... voit partout des frênes, des sureaux, des sorbiers, etc.

...es hauts plateaux sont dépourvus d'arbres, d'où leur carac...e particulier de tristesse et de solitude : à 14 ou 1,50... mè-

tres, on ne rencontre que des aulnes appelés vergnes et saules nains ; les hautes prairies de la croix Morand et de cadogne sont revêtues d'un feutre épais de bruyères et de m tilles : les prairies moins élevées sont parsemées de gentia et d'arnicas : l'aconit, plus rare, se trouve dans le val d'Enfe autres ravins.

Je ne puis quitter ce sujet sans dire un mot de la végétat luxuriante de la base du Sancy où sont amassées d'énorm fougères, des euphorbes, des épilobiums à fleurs rouges dans les ravins, l'impératoire à ombelles blanches, la rhub be et l'angelica sylvestris à forte tige ; plus haut le solidag fleurs jaunes, les renoncules, les centaurées, les globulair [illegible] des montagnes ; comme plantes plus rares, les saxif ges de la vallée de Chaudefour et le salix laponum que recueillis sous la direction de Lecoq.

Constitution du sol. — La constitution du sol nous intére plus directement. Ici les matériaux d'étude ne font pas fau et nous avons à consulter les travaux de Ramond, Montlos [illegible], Dolomieu, Poulett, Scrop, Lecoq (époques géol giques de l'Auvergne, 1867, avec la grande carte).

Voici l'idée générale de la région du Mont-Dore : masse v volcanique de 8 à 900 mètres de puissance reposant sur une as granitique dont l'altitude atteint 900 à 1,000 mètres. Les hau vallées qui rayonnent de la base des Monts-Dores sont cre sées dans la masse volcanique et le granit apparait dans vallées inférieures, telles que la Bourboule, St-Nectaire, Or val, etc.

Le terrain primitif s'est fracturé pour ouvrir un passa aux produits éruptifs. Deux époques principales d'éruptio l'époque tertiaire, où ont apparu successivement le trachy le phonolithe et le basalte, y compris les tufs et les conglom rats ; l'époque moderne des laves.

Le trachyte est la roche qui domine aux environs du Mo Dore. Il constitue cette série de dômes qui vont du pic Sancy à la Croix Morand ; il s'élève en dyke au Capucin ;

coulées s'étendent sur les plateaux qui dominent la vallée des bains.

La forme prismatique fréquente du trachyte indique qu'il a subi un refroidissement lent. Sur la route de Randanne, au Nord du plateau de l'Angle se voient des colonnes hexagonales tendant au pentagone par l'allongement d'une des faces ; derrière la source de César se range une série de prismes dont le diamètre atteint 0,40 et dont l'inclinaison les fait plonger vers le N. N. O.; un peu plus loin, ils se déforment. Tout le terrain des sources est constitué par du trachyte prismé. J'appelle l'attention sur la présence du trachyte prismé aux environs d'Ems, par comparaison.

Le trachyte est constitué par sa pâte feldspathique habituelle et ses cristaux vitreux de sanidine ; il se rapproche souvent du basalte par son poids, son grain plus serré, sa teinte plus foncée bleuâtre (salon de Mirabeau) ; parfois il est magnétique comme le basalte. Toutefois, en comparant les échantillons des deux roches que j'ai recueillis çà et là, j'ai toujours trouvé le basalte plus foncé de ton. Ces deux espèces minéralogiques peuvent donc se distinguer l'une de l'autre, sans avoir recours au microscope.

La roche en question devient porphyroïde au pic de Sancy, et les ravins de la Dore en fournissent de nombreux échantillons altérés et friables.

Les tufs et conglomérats trachytiques sont d'une abondance extrême ; leur accumulation a exhaussé la vallée. Ils ont été conservés sur place par les coulées trachytiques superposées ; d'autres, entraînés par les eaux, ont formé des dépôts nouveaux. Nous citerons les tufs blancs de la Vernière et les tufs bariolés de Rigolet.

Rien de particulier relativement aux phonolithes moins répandus que les trachytes ; ils peuvent être également prismés (...che tuilière et sanadoire).

...es basaltes ont coulé autour de la masse trachytique en la ...ersant. De là leur présence sur des plans inférieurs, (Que...ilh, La Vernière, Orcival, Latour, etc.). Les prismes de La-

tour jusqu'à 0,80 de diamètre rappellent la chaussée des Géa
Sous la forme de dykes, ils s'élèvent plus haut (roche Venc
et banne d'Ordenche).

Parmi les volcans modernes, les cratères de Montehalm,
Montsyneire et la longue coulée du Tartaret, sur laquelle
insisté à propos de St-Nectaire. Il ne faut pas oublier l'alu
du ravin de la craie avec ses dépôts de soufre natif, laque
roche rappelle les schistes alunifères de la grotte d'Ems ; en
les dépôts de quartz résinite autour des sources.

En somme, nous voyons dans cet intéressant pays
preuves accumulées d'une activité volcanique sinon incessa
du moins soutenue depuis la période docène jusqu'aux â
préhistoriques. Or, cette activité volcanique n'a pu s'exer
qu'en déterminant des mouvements fréquents du sol cris
lin, des dislocations et des fractures. Ainsi se sont ouvertes
voies de communication avec les cavités internes ; ainsi
eaux thermales ont pu trouver une issue. Remarquons tou
fois que les eaux de la profondeur ressentent le contre-c
des phénomènes éruptifs et qu'elles ont dû subir de nombr
ses variations avant le régime actuel.

En examinant la forme de la vallée, j'ai cru remarquer
son inflexion la plus tranchée était au village des bains. D'
tre part, les prismes trachytiques sont infléchis et comme
désordre. Est-il permis d'établir ici un rapport entre les bo
versements de ce terrain et l'émergence des sources? Nous
viendrons sur ces rapports après avoir étudié leurs propriét

(*A suivre.*)

Le Gérant : Dr A. Lutaud.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

4e Année. — T. VII. N° 14' 4 Octobre 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

L'INTERNAT DES FEMMES.

Nous recevons de notre collaborateur et ami la lettre suivante sur cette délicate question. Quoique l'opinion de notre confrère diffère considérablement de celle émise dans notre dernier article, nous sommes heureux de publier ce nouveau document.

« Je lis le court article que vous avez consacré à « l'internat des femmes » dans le dernier numéro du *Journal de Médecine de Paris*.

Pardonnez-moi de ne pas partager la résignation philoso-

FEUILLETON

LES MÉDECINS DOIVENT-ILS DÉLIVRER DES CERTIFICATS *POST MORTEM* A PRODUIRE AUX COMPAGNIES D'ASSURANCES SUR LA VIE ?

Par Georges Rocher, avocat à la cour d'appel de Paris.

(*Suite*).

C'est à la suite de ces communications que la commission permanente, après s'être réunie pour examiner la question posée, m'avait confié la mission de rédiger un rapport, mission que vous m'avez fait l'honneur de me confirmer et que je viens remplir aujourd'hui.

La question de savoir si le médecin doit délivrer un certificat établissant les causes de la mort d'un de ses clients pour [illegible] produit à une compagnie d'assurances sur la vie se rat[illegible]he intimement à la question plus générale des relations des [illegible]decins avec les compagnies d'assurances sur la vie, dont [illegible] n'est qu'un cas particulier.

[illegible]epuis plus de vingt ans que la France, voulant, comme

phique, pour ne pas dire plus, avec laquelle vous en
gez l'entrée des femmes dans nos salles de garde, et pa
nez-moi de croire qu'il y a de bonnes, d'excellentes raison
leur interdire à jamais l'internat des hôpitaux de Paris.

Théoriquement, ou plutôt à considérer les choses tout
superficiellement, ces dames semblent être dans leur dr
réclamant leur inscription au concours de l'internat :
sont étudiantes en médecine, externes des hôpitaux, elles
donc dans les conditions requises pour concourir à l'inte
Je pourrais faire remarquer qu'il n'y a pas là de droit par
ment établi. L'Assistance publique qui admet libéralemen
concours de l'externat et de l'internat Français et Étran
refuse à ceux-ci tout droit au concours du Bureau Centr
possession d'un des grades quelconques de la hiérarchie
dicale des hôpitaux n'entraîne donc pas de soi la faculté
quérir le grade supérieur : l'Assistance peut imposer te
telle condition restrictive qui lui semble dictée par un in
supérieur. Or, il me semble que l'intérêt des malades e
dans l'espèce, un intérêt majeur, et qu'il commande d'inte
aux femmes l'entrée dans le corps de l'internat ; les fem

---

il lui arrive souvent, suivre les errements d'une nation
sine, a commencé à reconnaître les avantages des ass
ces sur la vie, les médecins ont été amenés à rechercher c
conduite ils devaient tenir vis-à-vis des compagnies qui,
de passer ce contrat d'un genre particulier, ayant intérê
renseigner sur l'état constitutionnel des postulants, n'av
trouvé rien de mieux que d'exiger de toute personne vo
contracter une assurance un certificat du médecin ayant
bitude de lui donner des soins. A l'origine même ces certi
pour lesquels on avait adopté la forme de questionnaire,
sentaient par la nature des questions qui y étaient posée
sorte d'intromission dans la vie intime et privée des cand
et de leur famille, qui avait soulevé des hésitations de la
des membres du corps médical auxquels ces certificats ét
demandés, et les avaient amenés à se poser la question d
voir si la dignité professionnelle et le secret médical ne
posaient pas à ce qu'ils satisfissent à ces demandes.

La Société médicale du deuxième arrondissement de

à mon avis, ne seront jamais que de détestables internes : je m'explique.

Même quand elles sont étudiantes en médecine, les femmes sont et malgré tout restent femmes. Elles le regrettent peut-être, mais le moyen que cela ne soit pas ! Les amazones antiques se coupaient un sein, dit la légende. J'imagine bien que ce n'est là qu'une fiction poétique et qu'elles devaient faire mieux encore ou plus mal, comme vous voudrez ; car on reste femme même avec un seul sein, et les amazones avaient la prétention de n'être plus des femmes, j'en excepte la mère de Thésée : mais elle dut probablement faire une piètre amazone dans le temps qu'elle portait le fœtus demi-dieu dans son utérus. Je ne pense pas que de nos jours une femme ait jamais eu l'idée de supprimer quoi que ce soit de ses charmes pour se rendre digne d'entrer dans la cavalerie ou simplement dans la ligne, et ces dames auraient beau remuer ciel et terre, je ne crois pas que M. le Ministre de la guerre consente jamais à former un bataillon de lignardes, ou un escadron de hussardes. Cela serait sans doute fort coquet, mais d'une utilité contestable, au moins au point de vue militaire sérieux. On ne

---

et l'Association des médecins de Toulouse en étaient arrivées à décider que le médecin devait refuser d'une façon absolue la délivrance de pareils certificats.

En 1866, le Dr Tardieu (1), rappelant les travaux de Cerise, de M. Marotte, de M. Moutard-Martin, de M. Basset (de Toulouse), de M. F. Aubry, et les décisions des associations que je viens de mentionner, traçait les règles de conduite qu'imposait, d'après lui, le respect du secret professionnel, et déclarait que le médecin ne devait pas aliéner son indépendance, mais se pénétrer de son devoir et des inspirations de sa conscience, qui constitueraient ses seuls guides.

En 1868, notre honoré et estimé collègue M. le Dr Legrand du Saulle, dans ses leçons professées à l'Ecole pratique, abordait le même sujet, et, proclamant que le médecin ne devait jamais abdiquer sa liberté d'action, déclarait que le refus systématique du certificat était une faute.

(1) Tardieu, *Etude médico-légale sur les assurances sur la vie* (*Annales d'hygiène publique*, 1866, 2e série, t. XXV et XXVI).

connaît encore, en fait de femmes soldats, que les cantini
et j'estime que dans les hôpitaux on doit se contenter de
figurer des infirmières et des surveillantes, mais renonce
femmes internes. La femme interne me paraît tout autan
possible que la femme hussarde ou lignarde, et pour les m
causes générales, causes premières qui font que la fe
sera toujours (de par son sexe) exclue de certaines
ges graves et pesantes qui ne peuvent incomber qu'au
laid mais fort.

Ce n'est pas ici le lieu de faire remarquer quelle diffé
il y a entre la pratique de ville et celle des hôpitaux ;
doctoresse fera dans sa clientèle ce qu'il lui plaira ; elle a
gera sa vie comme il lui plaira, répondra ou ne répondr
à qui l'appelle, c'est affaire à elle, et à elle seule. Il e
tout autrement dans les hôpitaux ; ici l'on accepte une c
avec tous ses devoirs, une charge à la hauteur de laque
faut savoir, quelque dures que soient les circonstances, se
tenir en tout temps : croyez-vous que mesdames les int
seront toujours et en toute occasion à la hauteur de ce
qu'elles convoitent ? Elles font de bons externes, direz-v

Enfin, en 1875, notre secrétaire général, M. le Dr Ga
faisait à l'Association de prévoyance et de secours m
des médecins de France un rapport sur les relations de
decins avec les compagnies d'assurances sur la vie, dan
quel il posait comme règle, « que les médecins devaient r
toujours et absolument de délivrer un certificat ou une
tation quelconque sur la santé de leurs clients habituels,
quand ils en seraient sollicités par ces derniers et quelq
tisfaisant que puisse être ce certificat ».

Ces conclusions, après discussion, avaient été adoptées.

Vous le voyez, Messieurs, les esprits les plus distingu
sont pas d'accord sur la conduite que le médecin doit
il me semble donc que, bien qu'en présence d'un cas
culier, la décision que vous allez prendre aura une
d'autant plus grande, qu'en donnant votre opinion rel
ment au certificat *post mortem*, on pourra en conclur
voie de conséquence, votre opinion au point de vue génér

La question qui vous est soumise peut se formuler ai

nement, on sait qu'entre l'externe et l'interne il y a un
e.

ndamnerez-vous madame l'interne au célibat ? On dit, et
ans raison peut-être, que nos surveillantes laïques négli-
ou peuvent parfois négliger, pour leur propre famille, les
des qui leur sont confiées, et ce n'est pas l'argument qu'ont
aloir avec le moins de force les adversaires de la laïcisa-
Le rôle des surveillantes est, on en conviendra, peu de
par rapport à celui des internes : que pourra-t-on alors
de Mesdames les internes lorsqu'elles seront mariées ?
neuf mois de grossesse seront-ils très favorables au bon
ice de leurs graves fonctions ? Et après l'accouchement,
ouveau-né ne sera-t-il pas plutôt que leurs malades l'ob-
leurs préoccupations ? Les condamnerez-vous, de par le
nent, à ne pas se marier, ou à n'avoir qu'un enfant ? Je
crois pas, et d'ailleurs connaissez-vous un moyen de faire
uer ce règlement ? Je n'insiste pas, ces dames seront
rs femmes, et elles feraient mieux de rester franchement
elles sont bien, que d'aspirer à être mal, ce qu'elles ne
nt pas être par la force des choses.

---

t-il admettre d'une façon absolue que le médecin ne doit
is délivrer de certificat post mortem ; *ou, au contraire,*
doit conserver son libre arbitre et se guider d'après
constances ?

question ainsi posée n'a qu'une relation très lointaine
e secret professionnel tel qu'on peut l'envisager au point
e juridique, je dirai même qu'elle n'en a pas. Le législ-
en effet, quand il a édicté dans l'article 378 du Code pé-
ne « les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé,
que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres
nnes dépositaires, par état où par profession, des secrets
leur confie, qui, hors les cas où la loi les oblige à se por-
nonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un
sonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100
francs, » n'a eu pour but que d'atteindre la pensée cou-
et de frapper l'intention de nuire. Or, dans le cas qui nous
e, il ne peut s'agir de révélations faites avec semblable
ion, il n'y a donc pas de répression possible à redouter,

La fonction d'interne, qui a grandi tous les jours depui[s] création, veut qu'en bien des occasions l'interne soit appel[é à] supporter seul le service. Croyez-vous que beaucoup de fem[mes] auront la main assez ferme pour tenir une pareille char[ge?] Croyez-vous que le personnel hospitalier les respectera s[uffi]samment et qu'il n'en rejaillira pas une défaveur sur un c[orps] qui, jusqu'ici, avait tenu haut et ferme son drapeau dans [les] hôpitaux?

Ce sont là des raisons que le public extra-médical, q[u'on] cherche à passionner sur cette question dans quelques art[icles] de feuilles politiques, ne connaît pas et ne peut compren[dre]. Nous croyons être mieux placés que des journalistes peu [com]pétents sur une question aussi technique pour juger bie[n], ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est que la pl[upart] de nos chefs voient d'aussi mauvais œil que nous l'admis[sion] de ces dames dans l'internat.

Parmi MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux, il [n'] est qu'un tout petit nombre qui accepteront dans leur se[rvice] une femme interne, et l'Administration ne voudra pas, je p[ense], rompre avec des habitudes respectées jusqu'ici pour im[...]

---

et cela d'autant que ces révélations ne seraient jamais [faites] que du consentement, disons plus, à l'instigation du clien[t lui-]même ; c'est au reste ce qu'a proclamé notre collègue M. [Hé]mar dans son *Etude sur le secret médical* (1) : « Il faut dé[cider], dit-il, que le médecin n'encourra aucune responsabilité p[énale] pour avoir révélé le secret dont il est dépositaire, apr[ès] avoir reçu l'autorisation de celui qui le lui a confié. Le co[nsen]tement ainsi donné n'impose pas au médecin l'obligatio[n de] rompre le silence, mais il ne permet plus de présumer l'i[nten]tion de nuire. »

Donc, par suite de la délivrance du certificat, pas de r[épres]sion possible, pas de responsabilité à craindre !

Mais la crainte d'une sanction pénale n'est pas le pri[ncipal] motif qui empêche le médecin de révéler les secrets p[ar lui] découverts dans l'exercice de sa profession, par suite d[e son] intrusion nécessaire dans les confidences intimes du m[alade].

(1) Hémar, *Le secret médical* (*Annales d'hygiène*, 1869, 2[e série], t. XXXI, p. 187).

mme pour interne à qui la refuse. En effet, un chef de , forcé souvent de s'absenter, ne pourra guère compter e femme pour tenir sa place le matin à la visite lorsque en sera. Ces dames seront donc obligées de se contenter elques services peu nombreux où on voudra bien leur accueil, et lorsque les chefs de ces services auront, à leur e qui ne saurait tarder, reconnu qu'ils ont fait fausse où placerez-vous ces dames internes ? Leur assignerez-uelques hôpitaux où elles règneront seules ?

rmine par une petite considération qui a bien son poids balance. Quels seront les rapports de ces dames avec ollègues masculins ? Quelques-unes ou quelqu'une plu-che la prétention de s'isoler absolument de la salle de et du reste, il est plus d'une raison qui s'entend sans se ur qu'elles en soient tenues à l'écart. Il serait dommage, ne ambitieuse ou deux qui n'ont même pas la logique côté, de disloquer une institution que tous ceux qui en it partie admirent, respectent et défendent de leur

les quelques réflexions que nous suggère votre arti-

---

duquel il a été appelé ; il est, pour le médecin, un sen-plus noble de son devoir, et pour lui l'obligation du repose sur un motif d'ordre purement et exclusivement Ce point de vue a été présenté avec une telle éloquence façon tellement élevée par M. le Dr Gallard dans son à l'Association de prévoyance et de secours mutuels decins de France, que je ne puis résister au plaisir de donner le passage.

e suffit pas au médecin de se savoir à l'abri d'une pé-égale, il tient au moins autant, sinon même davantage, ir qu'aux impulsions d'une conscience droite et pure, iger sa conduite d'après les seules exigences que lui le soin de sa dignité professionnelle, exigences souvent périeuses que celles de la loi.

toutes les obligations auxquelles le médecin ne son-nais à se soustraire, celle qui figure au premier rang, respect du secret médical. Elle est entière, absolue, nites ni restrictions, et ce sera l'éternel honneur du

cle : vous en ferez ce que vous voudrez, mais la tribu journal est assez libérale pour qu'on y puisse plaider le p le contre.

A vous,

L. Thoinot,
Interne à l'hôpital de la Pi

REVUE CLINIQUE

DE L'INFLAMMATION DE L'ŒIL ET DE SES ANN OCCASIONNÉE PAR L'ASTIGMATISME.

Par le Dr Georges-Martin (Bordeaux).

On a considéré pendant longtemps l'œil astigmate un instrument d'optique mal construit et n'engendrant rétine que des images déformées, idée qui concordait m cette autre notion que les astigmates étaient capables d'

corps médical français d'avoir su la placer si haut, qu'il venu à la faire accepter de tous, et que la magistratu site pas à s'incliner devant le médecin qu'elle interroge, il abrite son silence derrière la nécessité du secret médic

« Aussi avons-nous vu disparaître de nos Codes, par le mépris public, et sans que l'on daignât même la peine de l'abroger, cette loi d'un autre âge, qui pré imposer aux médecins l'obligation de se porter dénonc

« Il importe, en effet, que cette garantie essentielle du médical soit respectée, non seulement par chacun d mais aussi par la société tout entière. Il faut qu'on y une sauvegarde absolue et qu'il y ait dans le public sans limite dans la discrétion du médecin. On doit suré de nous voir garder non seulement ce qu'on no fie, mais même tout ce que nous apprenons dans l' de notre profession ; et l'intérêt public exige que l'o sache disposés à ne jamais rien révéler, non seulemen que nos clients tiendraient à cacher, mais même de c

llente vision. La connaissance des contractions partielles du uscle ciliaire est venue expliquer pourquoi les images n'é-ient pas déformées et pourquoi la vision n'était pas défec-ueuse. Le défaut optique de l'œil astigmate trouve dans ces ntractions partielles un correctif intelligent. La mise en ac-vité de ce correctif ne peut avoir lieu chez certains sujets as-gmates sans troubler la parfaite harmonie des actes nutritifs e l'œil et de plusieurs tissus voisins. Tel est, du moins, l'avis u Dr G. Martin, qui voit dans ces contractions la cause de uelques maladies inflammatoires (blépharites, orgeolets, con-nctivites, kératites phlyctenulaires, kératites scrofuleuses) diverses autres affections oculaires ou péri-oculaires (né-ralgies temporales, et sus-orbitaires, migraine, affection crymale, blépharospasme, kystes palpébraux, mouches vo-ntes). La relation de cause à effet entre l'astigmatisme et s maladies inflammatoires ou autres (sus-nommées) se trou-établie : *a*) par la fréquence toute particulière de ces ma-dies chez les astigmates ; *b*) par ce fait, plusieurs fois cons-té, qu'une ou plusieurs de ces maladies se sont reproduites diverses reprises chez le même individu, toujours sur le

ous autoriseraient à faire connaître ; car ils ne peuvent pas voir conscience de l'importance' ni de la valeur des indiscré-ons qu'ils pourraient être ainsi tentés de provoquer eux-êmes.

« Nous ne devons donc ni tergiverser, ni équivoquer sur tte question du secret, car elle s'applique à toutes les parti-larités qui peuvent intéresser nos clients, et ce secret, que n seulement ils nous confient, mais que nous surprenons, faut bien le dire, si souvent à leur insu, nous devons le rder non pas seulement pour eux, mais parfois même contre x, en leur laissant ignorer ce que nous avons découvert. »

Ainsi doit être entendu le devoir qu'impose le secret mé-cal par tous ceux qui ont à cœur de maintenir haut et ferme dignité professionnelle ; mais à côté de l'intérêt philosophi-ie, si je puis m'exprimer ainsi, se place l'intérêt privé, qui uvaient se trouver, dans certains cas, en conflit. L'on est ainsi ené à rechercher quelle sera l'attitude à prendre en pa-ille occurence et se demander si l'autorisation de celui qui a

même œil, le seul atteint d'astigmatisme; *c*) par les merveil
leux effets thérapeutiques donnés par les médicaments qui pa
ralysent le muscle ciliaire ; *d*) par la vertu préservatrice de
verres cylindriques parfaitement correcteurs ; *e*) par ce fait
que lorsque l'astigmatisme cornéen fait défaut, il est remplac
par l'astigmatisme spasmodique (contraction ciliaire partiell
idiopathique).

Dans l'étiologie de ces maladies, l'astigmatisme ne veut pa
prendre la place de l'état général. L'un et l'autre interviennent
L'état général, variable suivant les individus, explique en par
tie pourquoi l'effort ciliaire se révèle par des phénomènes mor
bides d'ordre divers.

ACCÈS D'ASTHME COUPÉ PAR L'EMPLOI DU MUGUE DE MAI (CONVALLARIA MAIALIS).

Par le Dr Cazenave de la Roche.
Médecin aux Eaux-Bonnes et à Menton.

S'il est une entité morbide faite pour désespérer les malade
qui en sont atteints et déjouer les efforts dela médecine, c'es

---

fait le médecin dépositaire de son secret oblige le médecin à révé
ler ce secret dont il a eu connaissance dans l'exercice de son art

M. Hémar répond ainsi à cette proposition : « Nous avon
déjà vu que cette provocation déchargeait le médecin de tout
responsabilité pénale ou pécuniaire dans le cas où le secre
concernait uniquement le provocateur. Le médecin peut don
parler. Telle était la doctrine de notre ancien droit. Muyart d
Vouglans dit, en parlant des témoins qui ne peuvent être en
tendus à raison du devoir de discrétion qui leur incombe : « L
« loi ne veut pas qu'on puisse les contraindre à déposer dan
« les procès criminels..... quoiqu'ils puissent être admis à l
« faire lorsqu'ils y sont provoqués par ceux dont ils ont le se
« cret, ou qu'il s'agit d'établir la preuve de leurs faits justifica
« tifs. » La doctrine moderne professe les mêmes principes.

« Le médecin est-il obligé de révéler le secret ? Pourrait-i
dans l'hypothèse d'une autorisation donnée, être puni de
peines réservées aux témoins qui ne satisfont pas à la citatio
s'il refusait de déposer ? L'affirmative serait évidente si l'ins

ɔn certainement l'asthme. Je parle de l'asthme essentiel, opathique, sans connexité pathologique avec l'emphysème, avec une maladie de cœur. Dans la nosographie médicale ı d'affections possèdent un arsenal pharmaceutique aussi nplet et aussi varié. Cette richesse thérapeutique est regretɔle ; car elle témoigne à la fois de l'impuissance des moyens ıployés, et de la résistance du mal. En effet, sans parler de ɔpoint banal fourni par la médication exclusivement atmiaque (fumigations, inhalations, ou aspirations de feuilles de tura stramonium, de belladone, de jusquiame, de phellane aquatique, de cigarettes arsenicales ou nitrées, de vapeurs ımoniacales, d'éther, de chloroforme, d'eau créosotée, phéniée, ou enfin d'air chargé d'acide carbonique, il nous restet encore à enregistrer la série non moins variée des médicaınts internes : l'iodure de potassium, le bromure de potasım, l'arsenic, l'hydrate de chloral, la lobélie enflée, la bellaıe, l'assa fœtida, la valériane, le camphre, l'opium à l'inieur et les injections sous-cutanées de morphine, et enfin le rate de caféine dont Thorogwood a retiré d'excellents effets ıs la dyspnée *sèche des foins* (Hay Fever) et qu'une certaine

ıtion du secret médical se rattachait exclusivement à l'inêt privé. L'abdication de cet intérêt éteint l'obligation du ɔositaire. Mais le secret médical touche à l'ordre public, car ımanité exige que les malades rassurés par la discrétion fessionnelle aient recours, sans crainte, à la science du decin et ne préfèrent pas se priver de son assistance. Or, révélations trop facilement obtenues ébranleraient cette fiance ; la dignité de l'homme de l'art serait atıte et l'on verrait s'évanouir comme illusoire cette garanqui résulte du devoir constamment pratiqué. Le malade mauvais juge d'ailleurs de la révélation qu'il provoque, il ı connaît pas d'avance toute la portée, il ignore peut-être endue de son mal. Qui sait s'il pourra supporter le poids de érité tout entière ?

Le consentement de la partie intéressée laisse donc au decin sa liberté complète d'appréciation. »

(*A suivre.*)

analogie entre les deux névroses m'avait conduit à employ
dans l'asthme. Pour clore la liste, les Eaux-Bonnes, tant pr
conisées par Bordeu, puisqu'il en conseillait l'usage *quotidi*
aux asthmatiques (1).

Malheureusement, si le nombre des agents thérapeutiqu
dont dispose la médecine contre l'asthme est grand, on n
compte que des moyens palliatifs, et pas un seul véritab
ment curatif. En appelant, dans cette note clinique, l'attenti
des praticiens, je n'ai pas la prétention, on le pense bien,
leur annoncer la découverte d'un remède *infaillible* de ce
insaisissable névrose — quelque concluant qu'il soit, un fait is
lé ne saurait en tout cas suffire — mais le désir de signaler u
propriété aussi nouvelle que précieuse du Convallaria Maïa
(muguet blanc) et de compléter ainsi l'intéressante comm
nication faite il y a quelques mois à l'Académie de Médeci
par M. le professeur Sée, sur les effets et les applications mé
cales de cette plante.

Voici, en substance, le fait clinique qui fait l'objet de ce
note.

— M. H. W., d'origine hollandaise, 26 ans, fils d'un p
mort phthisique et d'une mère encore vivante, mais d'une co
titution strumeuse, et atteinte de phthisie torpide. Ce jeu
homme est asthmatique depuis son plus jeune âge. Et c'
bien évidemment à cette névrose qu'il a dû d'échapper à
phymie héréditaire. Régulièrement charpenté, présentant
développement musculaire et cette largeur thoracique partic
liers à certains asthmatiques, M. H. W. est en outre port
d'une diathèse herpétique. On sait que l'herpétisme coïnci
le plus fréquemment avec l'asthme. — A l'auscultation et à
percussion, le murmure vésiculaire se produit sur toute l
tendue de la loge, dont la tonalité est normale, amplement
librement. Le cœur est dans un état normal. L'asthme do
est atteint ce jeune homme est essentiel.

Le malade arrive aux Eaux-Bonnes, dont il est un anci
habitué, le 14 août 1884. Le 5e jour, il se produit dans l'atm
phère un changement aussi sensible que subit : la tempé
ture baisse de plusieurs degrés, et la neige tombe sur les m

(1) Lettre (Xme) à Mlle de Sorberio. (Théop. de Bordeu).

environnant la station. M. H. W. est saisi par un accès
ne terrible, qui dépasse en violence tous les accès an-
s. Appelé auprès du malade, dont je n'ai pas à décrire
;oisses classiques, je prescris 25 gouttes de *teinture* de
de *convallaria maïalis* à prendre dans une potion en
fois tous les 1/4 d'heure.

l'influence du médicament, la sibilance, perceptible à
à une grande distance, cesse presque instantanément;
orthopnée la crise tombe et se juge par une abondante
, qui, fait digne de remarque, remplace dans cet accès
toration finale qui se produisait dans les accès antérieurs.
heure et demie après l'ingestion du convallaria maïalis,
de était debout, respirant librement et à pleins pou-

'est pas sans raison que j'ai prescrit la teinture de
du *muguet* de mai, de préférence à la teinture de
ou de *rhizomes*. Leur action physiologique est bien
te : les fleurs contiennent de la convallamarine dont
ntes expériences de M. A. Lenglebert ont démontré les
minemment cardiaques, tandis que les feuilles et les
es, très riches en convallarine, exercent sur l'organisme
tion mixte : cardiaque et purgative drastique, analogue
ammonée.

a été le mode d'action du *convallaria* dans le fait cli-
que je viens de rapporter? Le médicament a-t-il exercé
fluence modificatrice sur le nerf de la huitième paire,
l'action vaso-motrice du grand sympathique? Pour
re à la question, il suffit de se rendre un compte bien
le la nature réelle de l'asthme.

urd'hui, après les recherches anatomiques de Reis-
ultérieurement confirmées par Gratiolet, et surtout
les travaux cliniques publiés par notre illustre maître
eau sur la question (1), il est hors de doute pour tous
sthme est une névrose de l'appareil respiratoire qui
ne par une constricture spasmodique de l'appareil mus-
qui se tend sous la muqueuse des canaux aériens.
ouche musculeuse, en se contractant, rétrécit le diamè-

inique médicale de l'Hôtel-Dieu, tome II, Trousseau, 1865.

tre des bronches, et s'oppose ainsi à la libre circulation de dans le parenchyme pulmonaire. Cela bien établi, il est semblable que dans l'asthme le convallaria maïalis doit ag neutralisant le spasme bronchique par l'influence antispa dique qu'il exerce sur les centres nerveux qui président mouvements respiratoires: de même que cet agent médica teux agit également comme sédatif dans la dyspnée qui cède d'une affection organique du cœur en modifiant l'a vaso-motrice du plexus cardiaque.

ABCÈS PÉRINÉPHRÉTIQUE DATANT DE SIX SEMAIN LARGE INCISION.— GUÉRISON EN QUINZE JOUR

Mme Th..., âgée de 40 ans, blanchisseuse, demeurant à thiviers (Loiret), a une constitution robuste.

Elle n'a jamais eu d'autre affection qu'une arthrite de l' culation tibio-tarsienne du pied droit, arthrite survenue à de 15 ans, et terminée par ankylose. Il en est résulté gêne notable dans la marche ; Mme Th... ne peut pose pied d'aplomb sur le sol ; elle marche sur la pointe du Malgré cette infirmité, elle s'est toujours livrée à son trava blanchisseuse, soulevant de pesants fardeaux et portant su épaules de lourdes charges de linge.

Réglée à 18 ans, ses menstrues se sont établies d'une f régulière et ont toujours paru chaque mois sans douleurs, qu'à ces dernières années.

A l'âge de 25 ans, elle accoucha d'un enfant bien confo La grossesse et l'accouchement furent normaux.

De 45 à 48 ans, elle a éprouvé des pertes assez abonda survenant tantôt à la suite des règles, tantôt au milieu mois.

Depuis deux ans, la malade n'est plus réglée, et n'a pas de nouvelle métrorrhagie. A partir de cette époque, Mme ressentit des troubles dyspeptiques consistant en anorexie, rosis, pituites, vomissements, etc.

Le 2 novembre 1881, en levant le bras pour tendre son li elle éprouva, à la région lombaire du côté droit, une doul violente qui s'irradia dans l'hypocondre et le flanc du mê côté. Cette douleur persista jusque vers le 15 novembre

lgré ses souffrances, Mme Th.. continua à vaquer à ses occations.

ans la nuit du 17 novembre, elle ressentit dans le sein it une douleur très vive, douleur lancinante qui dura 50 res sans diminuer d'intensité.

usque vers le 15 décembre, les douleurs continuent très inses, occupant la paroi postérieure droite du tronc, l'hypocon- et le flanc du même côté, s'irradiant jusque dans le sein espondant et enlevant tout sommeil à la malade. Ce n'est n pratiquant des injections hypodermiques de morphine l'on peut lui procurer quelques heures de repos.

a peau était chaude, le pouls petit, irrégulier, fréquent; ngue sèche ; la soif continuèlle ; l'appétit avait disparu ; garde-robes étaient rares ; les urines peu abondantes, fon- en couleur, briquetées, ne contenant ni albumine ni sucre; frissons irréguliers se manifestèrent.

ers le 15 décembre, la paroi postérieure du tronc, au ni u du rein droit, commença à présenter une saillie arrondie, i-globuleuse, d'une largeur de 12 à 15 centimètres, avec éger œdème de la peau, de l'empâtement et de la rénitence.

e 19 décembre, la peau présente une teinte rosée ; la fluction n'est pas perceptible, mais il est évident qu'il s'est formé vaste collection purulente.

vec un bistouri droit, je fais au centre de la tumeur une ction de trois centimètres environ de profondeur, qui donne e à un flot de pus crémeux. Avec le bistouri porté sur onde cannelée, j'agrandis l'ouverture en haut et en bas s l'étendue de huit centimètres. Le pus qui s'écoule remplit vase de la contenance de trois litres.

ar des pressions modérées exercées sur la peau, je vide le r.

e doigt, introduit dans l'ouverture, contourne le rebord des s en haut. En bas et en avant, il ne peut atteindre les limi- de la cavité.

près avoir lavé la peau avec de l'eau phéniquée au vingne, j'applique une compresse de tarlatane pliée en huit, im- e de la même solution, recouverte d'un taffetas gommé et ne épaisse couche d'ouate. Je maintiens le pansement avec

un bandage modérément serré, et je prescris des potages, l'eau vineuse et un grog.

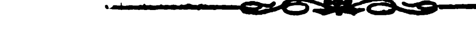
Pendant deux à trois jours seulement, il s'écoule une not quantité de pus. Puis la suppuration diminue rapidement, bords de la plaie diminuent également d'étendue. Au bou peu de temps, la suppuration cessa

Enfin, quinze jours après l'opération, la cicatrisation complète ; aucune complication ne vint entraver cet heur résultat.

Le sommeil, à partir du 19 décembre, reparut sans être voqué par aucune médication ; l'appétit se fit sentir et je cesser de donner mes soins à la malade dans les premiers j du mois de janvier.

Dans le courant de janvier Mme Th. commença à vaquer soins de son ménage. Depuis, elle a repris ses occupations.

Dr A. Augé, fils
Pithiviers (Loiret).



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNA

CHIRURGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICAL

Traitement d'un kyste du pancréas, opération, Gussenbauer. — Un homme de quarante ans souffrait, de trois mois, d'une affection de l'estomac caractérisée par la leur, des vomissements, de l'amaigrissement. A son ent l'hôpital, on constate l'existence dans la région épigast d'une tumeur s'étendant jusqu'à l'ombilic, nettement dé tée, diminuant de largeur transversalement depuis le re costal gauche jusqu'à la région lombaire droite. Le diar horizontal médian atteint 18 centimètres et demi, et le di tre oblique, dans la plus grande longueur, 22 centimètres gonflant artificiellement l'estomac, on peut voir la grosse bure et le côlon transverse recouvrir transversalement l meur ; ces deux organes, lorsque les parois abdominales relâchées, peuvent être déplacés sur la tumeur qui sui mouvements respiratoires. A la percussion, son skodique

la surface, son mat lorsque les parois sont fortement ap-
ées sur la tumeur. Coloration brun grisâtre de la peau du
de. Diagnostic : kyste du pancréas ou de la capsule sur-
e gauche ; le mot de kyste hématique fut même pronon-
es éléments de ce hardi diagnostic ne se dégagent pas
de la lecture de l'observation.

pération consista à fixer la paroi kystique au péritoine
paroi abdominale incisée, après séparation du côlon de
sse courbure de l'estomac. Puis le kyste, fortement ten-
it vidé partiellement avec le trocart, puis incisé. Le doigt,
uit dans la cavité, permit d'enlever des parois du kyste
ortions plus adhérentes d'une masse brun noirâtre D'ail-
les parois étaient lisses ; on pouvait pénétrer jusque dans
ion du pancréas et pousser la paroi kystique postérieure
par-dessus l'aorte. Le liquide sorti (1,900 grammes en-
contenait du sang modifié, pas de substance colorante
bile, ni de métalbumine, de peptone ou de sucre, mais
l'albumine ordinaire, ainsi qu'un corps analogue à la
e. D. 1,610.

es de l'opération favorables. Dans le cours de la seconde
ne, des masses de substance noirâtre, semblables à cel-
l'opération avait permis d'enlever, s'éliminèrent spon-
ent par la plaie. Plus tard, la cavité se rétrécit considé-
ent et ne sécréta plus qu'un liquide incolore. Ce liqui-
éaction alcaline, digérait l'albumine, formait de la leu-
de la tyrosine, transformait l'amidon en sucre, et n'était
as autre chose que la sécrétion pancréatique. Le kyste
en un véritable hématome du pancréas. Quatre-vingt-
jours après l'opération, le malade quitta l'hôpital ; une
istule conduisait dans une cavité profonde de 3 centimè-
liquide sécrété était peu abondant. (*Archiv. für klin.*
I. XXIV, p. 355.)

raitement de l'Eléphantiasis par l'Électricité.—
Vieira de Mello vient de publier, à Rio-de-Janeiro, en fé-
84, une monographie des plus importantes de l'Eléphan-
il y rapporte 150 cas de cette affection, la plupart ob-
dans les services des professeurs Silva Aranjo et de Mon-
Il y montre que toutes les causes capables de produire de

la lymphangite sont par cela même des causes d'éléphantias puisque cette maladie se développe à la suite de poussées su cessives de lymphangite. On comprend dès lors pourquoi l'é phantiasis est si fréquent dans les pays chauds où les causes ternes d'irritation sont si nombreuses. Pendant les poussées lymphangite la lymphe transsude dans le tissu cellulaire so cutané; elle n'est pas résorbée; les tissus voisins, chroniquem enflammés, prolifèrent; de nouvelles poussées aiguës activ le processus, et l'éléphantiasis se constitue. Ainsi donc, le po de départ de la lésion est le système lymphatique; mais pe peu toutes les parties constituantes de la jambe sont attein Tout ce qui concourt à diminuer la résistance des tissus, à traver la circulation lymphatique et veineuse, à détermi une irritation quelconque du système lymphatique, aggr la maladie et en précipite le développement. La mort par phantiasis est tout à fait exceptionnelle ; elle ne survient consécutivement à des abcès ou à quelque autre complicat L'auteur n'a jamais observé la terminaison par gangr qu'ont mentionnée certains pathologistes. On traite les pous de lymphangite par la quinine à hautes doses, les purga et localement par des applications antiseptiques. Mais la se méthode de traitement qui ait donné des résultats sérieux d l'éléphantiasis, est l'emploi de l'électricité soit galvani soit faradique, ainsi que l'ont montré les professeurs S Aranjo et Moncorve.

L. B

Traitement des lymphomes malins par l'arse par M. Karewski. — Sous le nom de lymphome malin, teur entend, avec Winiwarter, cette évolution rapide de meurs multiples qui se développent d'abord dans les gang d'*une* région et se répandent bientôt dans ceux du voisi pour finir par produire des métastases dans les organes i nes.

Le diagnostic exact est très important pour l'appréciatio résultats thérapeutiques : le sarcome des glandes lymphati doit être séparé avec soin du lymphome, d'autant que ce nier est absolument réfractaire vis-à-vis de l'arsenic. Che quatre malades observés par l'auteur, la peau était mobi

ns altérations inflammatoires, les tumeurs n'étaient adhéren- ni entre elles, ni avec les organes avoisinants, la pression it indolore, les paquets volumineux étaient le point de dé- rt d'un cordon de petites glandes tuméfiées.

.e traitement arsenical (par la bouche ou en injections hy- lermiques) guérit absolument trois de ces malades et en sou- ea une.

Presque dans chaque cas on observe la fièvre arsenicale. *rlin. klin. Woch.*, 1884, nos 8 et 9.)

Cette communication soulève une petite discussion à la So- té médicale de Berlin.

I. LEWIN présente quelques considérations sur l'action bien- ante de l'arsenic sur certaines affections verruqueuses de la u et sur les maladies cutanées en général. Il profite de l'oc- ion pour attirer l'attention sur les effets fâcheux du traite- nt arsenical qui favorise la production de l'obésité et produit action déprimante dans la sphère sexuelle. (*Gaz. hebd.* 3, 1884).

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Des désordres persistants de l'ouïe, consécutifs à sage de la quinine et de l'acide salicylique, par M. WABACH. — Contrairement à l'opinion généralement ad- e, des doses modérées de quinine et d'acide salicylique vent entraîner des altérations persistantes de l'organe au- f, et, d'autre part, ces lésions, même lorsqu'elles sont gra- et anciennes, cèdent encore à une thérapeutique bien di- e.

ans un cas, une seule dose de 1gr 20 de sulfate de quinine aîna de la dysacousie, des bourdonnements d'oreille, des iges, et même de la douleur d'une oreille. L'examen per- de constater sur le tympan gauche les symptômes de l'otite yenne chronique (aspect dépoli, tendineux, et retrait de la nbrane) ; le diapason indiquait simultanément une affec- de l'oreille interne. Le traitement consista dans l'emploi a douche d'air et l'injection de quelques gouttes d'une so- on à 3 pour 100 d'hydrate de chloral dans la caisse du tym-

pan. Les bourdonnements disparurent, ainsi que les verti
et la faculté auditive s'améliora sensiblement : les symptôn
du côté de l'oreille interne restèrent sans modification.

Dans un second cas, des lésions semblables suivirent l'ad
nistration du salicylate de soude (30 grammes en quinze jo
par doses de 1 gramme). Cinq ans après, les bourdonneme
persistaient encore.

L'auteur pense que les médicaments incriminés produis
des processus inflammatoires dans l'organe de l'ouïe, et
la thérapeutique doit se régler en conséquence. Il rappelle
observations de Schilling, d'après lesquelles l'adjonction
seigle ergoté à la quinine ou à l'acide salicylique, empê
rait ces effets désagréables. (*Deutsche med. Woch.*, 1884, n
et *Gaz. hebd.*, n° 27, 1884).

De l'arsenic dans le traitement de l'ulcère de l'estomac, par M. John STRAHAM. — Les médecins améric
emploient fréquemment et avec succès l'arsenic dans le
tement non seulement de l'ulcère de l'estomac, mais en
de la gastrite chronique, du cancer de l'estomac et de dive
autres affections du tube digestif, iléo-colite, etc. Suivan
exemple, l'auteur a traité avec un plein succès trois je
malades (femmes) atteintes d'ulcère de l'estomac. Bien
concurremment à l'usage de l'arsenic il ait prescrit un ré
lacté, il n'hésite pas à attribuer l'honneur de la guériso
premier médicament, la diète lactée n'ayant joué que le
secondaire adjuvant. L'arsenic, par son action sur les e
mités des nerfs de l'estomac, soulage à merveille les dou
et tonifie la membrane muqueuse de l'estomac ; il fait
disparaître le catarrhe, qui existe au voisinage de l'ulcè
empêche ainsi les vomissements muqueux, élément pa
important de la maladie. Ne sait-on pas d'ailleurs que l'
nic employé contre les plaies et ulcérations a la proprié
les faire cicatriser ? (*The British medical Journal*, 21
1884, p. 1202), et *Gaz. hebd.*, n° 28, 1884.

Quelques observations sur l'étiologie de la diphtérie, par FRANKLIN PARSONS. — Cette note est un extrait
lecture faite devant l'Epidemiological Society, dans la sé

11 juin 1884. D'après l'auteur, la diphthérie, qui dans la pre-
re moitié du siècle était une affection relativement rare et
résentant surtout à l'état sporadique, a depuis cette épo-
considérablement augmenté de fréquence. Sa morbidité,
nême que celle de la scarlatine, est plus grande dans le
nier trimestre de l'année. Elle frappe surtout les enfants
dessous de cinq ans. Contrairement à la scarlatine, elle
int plutôt les filles que les garçons et sévit plus dans les
pagnes que dans les villes.

que l'on sait de plus clair touchant l'origine de la mala-
c'est qu'elle est contagieuse. Cette contagion a une certaine
ilection pour tel ou tel peuple, pour telle ou telle famille.
peut s'effectuer avant même que la maladie ait acquis
ses caractères et aussi après son apparente guérison. Le
age infeste les individus, les appartements, les maisons.
neureux résultats de l'isolement et de la désinfection sont
preuve de plus de la contagion de la diphthérie.

diphthérie et la scarlatine sont souvent associées, et fré-
nment l'une de ces maladies paraît avoir été engendrée
'autre. L'une de ces affections ne met pas à l'abri de
re.

diphthérie peut encore se montrer comme affection inter-
ente dans le cours d'autres maladies, par exemple, la rou-
, la fièvre typhoïde, l'érysipèle. Il semble d'après cela que
affection doive être mise dans une classe intermédiaire
les maladies zymotiques et les maladies inflammatoires
nunes.

est acquis que la diphthérie peut être communiquée aux
aux, mais l'affection ainsi produite ne diffère-t-elle pas
vraie diphthérie et peut-elle à son tour engendrer la ma-
dans l'espèce humaine ? La cause de la diphthérie a été
férentes reprises attribuée à des organismes végétaux infé-
s, des champignons, par exemple, l'oïdium albicans. Plus
nment Certel et d'autres observateurs allemands ont trou-
n micrococcus pullulant dans l'épaisseur des muqueuses
ntes.

est probable que c'est là la véritable cause de la diphthé-

The medical Times, 14 juin 1884, p. 795, et *Gaz hebd.*, n°
884.

Des inhalations d'azote dans la phthisie. — D[r] SIEFFERMANN (de Benfeld) a fait des essais sur les in lations d'azote, et voici les résultats qu'il publie dans la *Ga Médicale de Strasbourg* (n° 9, p. 98, 1883):

1° Dès les premières inspirations, le malade affirme pou mieux respirer; la dyspnée diminue, en même temps que vient un sentiment de bien-être général. Le pouls devient p souvent filiforme; l'artère radiale se contracte. Les mal affaiblis, anémiques et nerveux éprouvent pendant la duré l'opération du vertige, un sentiment de faiblesse, de pres dans la tête, qui va même quelquefois jusqu'à la syncope. symptômes ne s'observent que dans les deux ou trois premi séances; au bout de ce temps, les malades sont acclimat supportent toujours parfaitement les inhalations. Il faut ajo que ces symptômes sont plus ou moins accentués suivant dition plus ou moins considérable d'azote. Tous les auteurs d'accord sur ces différents points.

2° Un symptôme constant, d'après MERMAGEN, consiste la *suppression des sueurs nocturnes*, le plus souvent apr deuxième ou la troisième séance. Les autres expérime teurs ne sont pas unanimes à cet égard. Il y en a même (K SCHUTTER entre autres) qui prétendent qu'il y a augment des sueurs. Mais Mermagen est très affirmatif et prétend ce n'est que dans les cas désespérés de phthisie floride qu n'observe pas cette suppression, et il ajoute que si le D[r] schutter n'a pas obtenu cet effet, c'est bien parce qu'il faisai pirer de l'air contenant jusqu'à 96 pour 100 d'azote, c'est-à de l'air presque toxique.

3° Un troisième effet, des plus surprenants, c'est, d' Mermagen, la disparition très rapide de la matité due à l' tration tuberculeuse du sommet, matité qui disparaissait quefois après quinze jours de traitement. Là où l'on avait taté une infiltration du sommet bien caractérisée avec ma la percussion et respiration bronchique avec râles muq *on entend de nouveau le murmure vésiculaire* avec de râles humides et sonorité tympanitique.

Kholschutter mentionne aussi cet effet ; il a vu dispa par résolution la matité correspondant à des infiltrations niques du parenchyme pulmonaire ou dueàdes exsudats

itiques ; mais, dans plusieurs cas, il vit la fréquence de la toux ugmenter et des accidents fébriles se produire, la température élevant jusque vers 40 degrés. Il prétend même qu'après haque inhalation il y a régulièrement une augmentation de mpérature, ce qui, pour lui, est un mauvais symptôme. Mernagen croit que cette augmentation de température coïncide vec la disparition de l'infiltration du sommet, que, par conéquent, elle provient d'une fièvre de résorption.

Si Kholschutter et Mermagen ne s'accordent pas dans l'explication qu'ils donnent de ce fait, nous croyons que cela est dû ce que Kholschutter faisait faire des inhalations azotées beauoup plus fortes que Mermagen, qui se contentait *d'ajouter de à 7 pour cent d'azote à l'air atmosphérique*, pendant que holschutter en mettait au minimum 11 ; quelquefois même, faisait faire des inhalations d'azote pur : aussi obtenait-il ouvent des intoxications analogues à celles que produit l'acide rbonique.

Krüll a prouvé plus tard, par une expérience péniblement equise, que, pour obtenir de bons effets de la médication, *il faut soustraire à l'atmosphère que l'on fait respirer aux atients ni plus de 7 ni moins de 2 pour 100 de son oxygène.* Nous vons donc tout lieu de croire que les effets obtenus par Kholhutter sont à mettre sur le compte de l'exagération des doses.

4° Tous les observateurs sont d'accord pour constater *l'effet porifique des inhalations d'azote.* Mermagen dit qu'il a vu us d'un patient sommeiller pendant l'inhalation même ; autres enfin, que la toux et la dyspnée empêchaient de dorir la nuit, arrivaient à dormir pendant huit heures consécuves.

5° L'appétit augmentait aussi d'une façon sensible, et par ite, la nutrition se faisait mieux.

6° On a même constaté un bon effet des inhalations sur la arrhée colliquative, même chez les malades qui en étaient à ne période désespérée.

Quant à la toux d'irritation, elle s'améliora certainement pennt le traitement; mais c'était d'ordinaire un effet passager i durait autant que le traitement.

Un désidératum qui a été négligé par tous les observateurs, était de constater, par le spiromètre et le pneumatomètre,

la capacité pulmonaire et la force des vésicules avant et aprè le traitement Un tableau comparatif eût pu fournir les meil teurs arguments sur les résultats qu'on peut obtenir par c traitement.

Dr Octave GOURGUES.

MALADIES VENÉRIENNES ET DE LA PEAU

De l'Erythème exsudatif multiforme infectieu chez les enfants nouveau-nés, par RAUDNITZ. — L'au teur rapporte deux cas de cette affection qu'il a observés che des nouveaux nés : chez les deux petits malades les symptô mes furent identiques ; après une diarrhée abondante et quel ques phénomènes cérébraux, on vit apparaître un érythèm polymorphe qui devint peu à peu confluent, puis disparut tou d'un coup. En même temps l'enfant présentait des symptôme graves de stomatite ; il avait des selles fétides, un amaigrisse ment marqué, mais pas de flèvre. Dans les deux cas, il y avai de la suppuration de l'ombilic, et l'un des deux malades avai de l'artèrite ombilicale : la suppuration persista longtemps en core après la chute du cordon. Les urines contenaient de l'al bumine, des cylindres épithéliaux et certains micro-orga nismes mal définis. (*Arch. f. Kinderh.* B. V ; H. 5 et 6.)

L. B.

Observation de myxœdème, par HARTMANN.— Il s'agi dans ce fait d'une malade âgée de 36 ans, actuellement St-Louis, dans le service de M. le Dr Lailler, n'ayant jamais quitt Paris, et qui n'y a jamais été exposée à des causes de cachex trop accentuées ; elle n'a jamais habité des logements par tro insalubres, et elle a toujours eu une alimentation suffisante A 22 ans, quelques mois après avoir eu un érysipèle de la face elle se mit à grossir avec rapidité ; le ventre était très déve loppé, les bras énormes, les jambes enflées, dures, diminuaien un peu le soir. Depuis lors elle est toujours restée dans le mêm état, quoiqu'elle soit un peu moins grosse en été qu'en hive A 23 ans, ses yeux devinrent très saillants, son cou augment de volume ; elle eut à plusieurs reprises des crises nerveuse

es palpitations : son caractère changea, devint fort irrita- et on la traita à cette époque pour un goitre exophthal- ue.

malade a peu de forces ; elle ne marche qu'avec lenteur fficulté à cause de cette faiblesse et du développement exa- de son ventre. La face est immobile, comme si elle était re, le teint est pâle, légèrement jaunâtre, les joues sont fies, les paupières œdématiées. La peau du front est éga- nt épaissie ; il en est de même des lèvres, en particulier de vre inférieure. Il est impossible, cependant, de produire par ession du doigt sur les téguments de la face la cupule ca- ristique de l'œdème; on y observe une légère desquama- furfuracée. Les cheveux sont rares, rudes et secs. Il existe mbreux ganglions à la partie supérieure de la région cale ; la peau du cou est très épaissie et infiltrée.

r tout le reste du corps, la peau a un aspect légèrement yosique et donne au doigt une sensation marquée de sé- esse. Elle desquame même avec une certaine abondance rtains points, vers le dos en particulier : elle est épaissie, e peut la plisser qu'avec difficulté ; elle ne présente ndant pas de l'œdème, puisqu'on ne peut par la pression y miner de cupule. En certains points, on y détermine par rcussion une sorte de tremblotement léger. La malade ne pire jamais. L'haleine est un peu fétide ; les gencives sont ueuses, les dents pour la plupart cariées. L'appétit est con- , les digestions sont bonnes ; les divers viscères parais- être en parfait état. Il y a 3.400.000 globules rouges et 0 leucocytes environ par millimètre cube de sang : la tité des urines varie de 800 à 1.500 grammes : on n'a ja- pu y trouver d'albumine. L'ouïe est bonne, mais la vue uble un peu depuis quelque temps et il y a une double acte commençante. La malade éprouve une sensation de constante ; le réflexe rotulien manque ; il y a une sorte nie du système nerveux ; il y a un peu d'affaiblissement mémoire, de l'agoraphobie, de la somnolence, mais nulle il n'existe de plaques d'anesthésie. La parole est lente, un mbarrassée, et amène très vite une sensation marquée de ue. (*France méd*, n° 71-72, 1884.)

L. B.

Atrophie musculaire coïncidant avec un lichen bra généralisé, par le Dr MADER. — La malade était une turière âgée de 42 ans : son affection cutanée avait débuté ans avant son entrée à l'hôpital par une rougeur généralis toute la surface du corps, une infiltration œdémateuse de peau et une desquamation de l'épiderme. Puis peu à peu vint une parésie musculaire des plus accentuées et pour quelle on l'électrisa. Les muscles du bras étaient manife ment atrophiés, les mouvements généraux des membres difficiles, mais les petits mouvements des doigts et des m étaient conservés. La réaction électrique était fort dimin La sensibilité semblait être normale sauf dans le tiers supér de la cuisse. On essaya les courants galvaniques sans gr espoir de succès, et on en porta la force jusqu'à 20 éléme Il est probable, dit l'auteur, que la maladie de peau l'atrophie musculaire provenaient toutes les deux de quel lésion de la moelle épinière. (*Wien. med. Blaetter*, 10 1884.)

L. B

Des éruptions qui surviennent dans le cours de diphthérie, par FRANKEL. — Voici quelles sont les érupti cutanées que l'auteur a observées dans la diphthérie : 1° pétéchies et des ecchymoses d'ordinaire peu nombreuses su corps et sur les membres soit au début, soit à la fin de l'af tion, qu'il y ait ou non de la sténose laryngée. Dans ces il existe également assez souvent des épanchements hémor giques dans les cavités séreuses. D'après Jungnickel, ces morrhagies seraient consécutives à des embolies de microco 2° Des éruptions érythémateuses qui simulent parfois l'é tion de la scarlatine, mais qui ne s'accompagnent d'auc desquamation. 3° Unna a observé aussi dans un cas une ér tion papulo-pustuleuse qui rappelait assez bien une érupt de variole. Tous ces accidents cutanés permettent de poser pronostic grave, car ils démontrent l'existence d'une infec générale. (*Arch. f. Kinderh.* B. V, H. 5 et 6.)

L. B.

Purpura hémorrhagique de cause nerveuse, VALDES PEREZ.—Un enfant bien portant âgé de 16 ans, n'a

ıcun antécédent pathologique ou héréditaire grave, éprouva ıe grande frayeur : le jour suivant il fut obligé de cesser son ıvail à cause d'une épistaxis fort abondante suivie de douırs contusives dans les membres et les articulations. Le lenmain matin il était couvert de taches rouges; cependant il se ntait mieux, et il alla de nouveau à son travail. L'épistaxis rerut alors, et fut suivie d'hémorrhagies abondantes par l'anus, rèthre, les conjonctives, les oreilles et le nez. Le cinquième ır de sa maladie il fut reçu à l'hôpital dans un état d'épuiseent fort avancé. Il était couvert de plaques rouges de purra, dont les dimensions variaient de celles d'une lentille à les d'une pièce de cinquante centimes ou de un franc. Les morrhagies continuaient encore à se produire par les diver- muqueuses ; l'urine et les selles étaient pleines de sang. anmoins le malade se rétablit rapidement sous l'influence ıne médication des plus simples : limonade sulfurique, ergot seigle et perchlorure de fer. (*El Siglo medico*, 22 janv. 1884.)

L. B.

FORMULAIRE

ux formules de M. Huchard.

1° *Pilules hémostatiques.*

I. le Dr Huchard prescrit sount les pilules suivantes dans les norrhagies, d'origine différente, es que : métrorrhagies, épisis, hémoptysies, etc.

Ergotine............	*ãã* 2 gram.
Sulfate de quinine...	
Poudre digitale......	*ãã* 0,20 cent.
Extrait de jusquiame.	

ır 20 pilules ; de 5 à 8 ou 10 jour.

Dans cette formule complète, rgotine et le sulfate de quinine s'adressent à la contractilité des vaisseaux, la digitale à la circulation et la jusquiame à l'élément irritatif et douloureux.

2° *Préparation apéritive.*

Eau distillée de menthe.	250 gr.
Teinture de gentiane...	10 —
— d'écorce d'oranges amère................	10 —
Teinture de badiane....	15 —
— de cardamome composée...............	3 —
Gouttes amères de Baumé.....................	2 —

M. S. A.

à prendre une cuillerée à soupe

dix minutes avant les deux principaux repas.

D[r] Octave GOURGUES.

—

Traitement et pommade contre le pitiriasis versicolor.

N° 1 (HARDY).

Soufre sublimé.......... 2 gr.
Axonge................ 80 —
Mêlez.

—

N° 2 (BONNET).

Calomel................ } ãã
Soufre sublimé.......... } 5 gr.
Eau distillée laurier cerise. .... 5 —
Axonge .... 40 —
Mêlez.

—

N° 3 (MIALHE).

Axonge.. .... 60 gra
Proto-iodure de mercure.... .... 1 gr.3(
Bi-sulfure de mercure 0 gr. 2
Essence de rose.. ... V gou
Mêlez.

—

N° 4 (CULLERIER).

Turbith minéral.. ..... } ãã
Laudanum Sydenham.. } 10
Soufre sublimé......... 5
Axonge................ 60
Mêlez.

VARIÉTÉS

—

ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. Ch. Quentin, directeur général de l'A sistance publique, a donné sa démission qui a été acceptée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont chargés pendant l'an scolaire 1884-1885, des cours complémentaires ci-après désignés agrégés dont les noms suivent : MM. Gariel. physique ; Hanriot, c mie ; Blanchard (Raphaël), histoire naturelle ; Budin, accouchemen Rémy, physiologie ; Straus anatomie pathologique.

Sont chargés, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 18 1885, des cours auxiliaires ci-après désignés les agrégés dont les n suivent : MM. Rendu, pathologie interne ; Peyrot, pathologie extern

Sont chargés, pendant le premier semestre de l'année scolaire 18 1885, des cours ci-après désignés les agrégés dont les noms suiv MM. Debove, pathologie interne ; Bouilly, pathologie externe.

MM. Hallé, Clado, Hartmann, et Valin sont nommés, pour qu ans, aides d'anatomie.

Le personnel des travaux pratiques de physique, pendant l'an scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Guebhard, chef travaux ; Sandoz, préparateur ; Mergier, préparateur.

Le personnel des travaux pratiques d'histoire naturelle, pendant l née scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM Faguet. des travaux : Artault, préparateur adjoint (zoologie) ; Blondel, prép teur adjoint (botanique) ; Bergé, préparateur adjoint (botanique).

Le personnel des travaux pratiques de physiologie pendant l'an scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Laborde chef travaux ; Rondeau, préparateur; Gley, préparateur ; Pignol, aide-p parateur; Martin, aide-préparateur.

e personnel des travaux pratiques d'anatomie pathologique, pendant
nee scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Gombault,
f des travaux ; Brault, préparateur ; Babinski, préparateur ; Chan-
iesse, préparateur ; Dubar, moniteur ; Durand-Fardel, moniteur ;
det, moniteur.

.e personnel des travaux pratiques d'histologie à la Faculté de mé-
ine de Paris, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme
t : MM. Cadiat, chef des travaux ; Gaucher, préparateur ; Variot,
parateur ; Sapelier, aide-préparateur ; Launois, aide-préparateur.

CRÉMATION. — Les journaux de Rome disent que le gouvernement
lien vient de sanctionner le principe de la crémation, en ordonnant
construire, pour le lazaret cholérique de Varignano, un *crematorio*
après le système Gordni-Guzzi.

SALPÊTRIÈRE — Par suite du décès de M. Moreau (de Tours), M. Ju-
s Falret, médecin de l'hospice de Bicêtre, est devenu médecin de la
lpêtrière. M. Charpentier, médecin adjoint de la Salpêtriere, a été
mmé médecin de Bicetre.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 *septembre* 1884.— Présidence de M. LARREY.

La **correspondance** comprend : 1° une lettre de M. Du-
ontpallier relatant des expériences de revaccination faites
ns les lycées de Paris ; 2° une lettre de M. Paul Oulmont,
édecin des hôpitaux, annonçant à l'Académie que son oncle,
Dr Oulmont, vient de laisser le legs d'une somme an-
ielle de 1,000 fr. pour l'interne des hôpitaux de Paris qui
ıra obtenu la médaille d'or au concours des prix de l'internat;

Le choléra — M. ROCHARD : M. Guérin croit à l'identité
u choléra asiatique et du choléra nostras. Il paraît difficile
établir une identité entre les cas de choléra nostras qui se ter-
nent par la guérison dans les vingt-quatre heures et les épi-
mies qui enlèvent en une semaine la centième partie de la po-
lation d'une ville. Si c'était la même maladie, il y aurait des
nsitions, des épidémies ébauchées, mais non. La similitude
s symptômes dans les deux maladies ne doit pas entraîner
lée d'une identité de nature. Rien ne ressemble plus au té-
ios que l'empoisonnement par la strychnine et certaines
oxications ressemblent au choléra d'une manière frappante.
Second point : pour démontrer l'importation, M. Rochard
quisse rapidement l'histoire des cinq épidémies qui ont ra-

vagé l'Europe, l'Algérie et l'Amérique, et prouve l'importati
par un certain nombre de faits.

Reste la question des quarantaines, très attaquées par Jules Guérin. On a dû abandonner l'idée, impraticable, d'é blir des quarantaines ~~et des~~ cordons sanitaires autour des vi elles-mêmes, mais nous avons conservé les quarantaines p les navires, parce que là il est facile d'obtenir un isolemen goureux et qu'il n'y a aucun danger.

Au point de vue des mesures hygiéniques conseillées, v quels ont été les résultats dans la marine, par exemple :

Dans la marine, où on a fait le vide sur les vaisseaux où, au lieu de 1,000 hommes sur chaque navire on n'en a la que 400 ou 450, il n'y a eu que 8 morts pour 1,000 ; tandis pour la population civile que l'on a effrayée, que l'on a pou dehors, que l'on a entassée dans les petites villes voisine mortalité s'est élevée à 29 pour 1,000.

M. Rochard prendrait volontiers une autre mesure, d'empêcher le pèlerinage de la Mecque, et, si les moyens di matiques ne suffisaient pas, il ne craindrait pas d'employ seul droit que les Arabes reconnaissent, le droit du plus for

M. Jules Guérin cherche inutilement ce qu'on peut ap une preuve dans le discours qu'il vient d'entendre. M. Roc anrait pu rajeunir les vieilles assertions par quelque pr nouvelle, mais il n'en a fourni aucune contre les opinion M. Jules Guérin, contre la constitution diarrhéique prém toire, contre ce fait qu'avant le début officiel des épidémie observe toujours des cas isolés de choléra bien caracté Dans la même épidémie, il y a des cas graves et des cas lég M. Rochard, qui nie l'identité des deux formes du cho verra-t-il dans les cas très légers des cas de choléra no pour réserver les formes les plus graves au choléra asiati

Vous en arrivez à rejeter actuellement les idées que prôniez autrefois, vous rejetez actuellement les cordons taires et les quarantaines, et tout votre système prophylactiq borne à surveiller les navires qui arrivent des pays contam C'est ce que je n'ai cessé de demander depuis quarante a

M. Guérin a prouvé la dissémination des cas de ch quand ils ont éclaté, il a prouvé l'existence de cas de ch bien caractérisé avant le début officiel des épidémies, il a

que le choléra se jouait des quarantaines pour épargner contraire des villes en libre communication avec les pays taminés. Il attend des preuves certaines pour répondre à faits.

l'heure qu'il est il ne reste plus que le système quarante-re des navires. Mais comment vient le choléra ? Il y a cons-mment des contacts, il faudrait donc prouver que les contacts ritimes sont différents des contacts de la ville. Ce ne sont donc des contradictions et une absence complète de preuves.

I. Rochard. Je n'ai pas eu l'espoir de convaincre M. J. Gué-; j'ai pris la parole parce qu'il me paraissait convenable et rtois de lui répondre, en second lieu parce que le public ait pu se tromper sur les véritables sentiments de l'Aca-ie si on lui avait laissé le dernier mot.

. J. Guérin me reproche de ne pas avoir apporté de preu-; on est bien forcé de se contenter en médecine de preuves me celles que j'ai données ; je me suis contenté d'opposer faits à des faits, des assertions à des assertions sans m'é-r dans des discussions de physiologie pathologique comme es de M. J. Guérin.

essence des grandes épidémies est d'avoir des formes atté-es qui, cependant, peuvent transmettre des formes graves. s les épidémies de peste, on voit des cas dans lesquels il y s gens qui n'ont qu'un bubon et qui ne s'arrêtent en rien ; cas légers peuvent cependant causer, par contagion, des mortels. Il y a aussi des cas frustes, dans lesquels la ma-e existe dans toute son intégrité, mais qui ne tuent pas.

uant aux quarantaines, la doctrine actuellement en ques-est celle qu'ont toujours soutenue, au comité consultatif giène, MM. Fauvel, Brouardel et Rochard.

. Brouardel prend la parole parce que M. J. Guérin vient eprocher de nouveau ses longues hésitations à la mission yée à Toulon. Il désire y répondre une bonne fois. M. iardel a mis trois jours à répondre au gouvernement, e que le gouvernement demandait surtout s'il y avait à idre que l'épidémie n'envahît les localités voisines ; il n'a u répondre qu'en se basant sur des faits évidents.

ı sujet de la diarrhée prémonitoire, dès leur arrivée à Tou-MM. Brouardel et Proust ont réuni les 36 médecins de la

ville ; seul, M. Bourgarel n'est pas venu ; or, tous les médeci
présents ont nié qu'il y eût à Toulon, jusque-là, aucun cas q
pût, de loin ou de près, faire penser au choléra.

Au sujet des quarantaines nous avons abandonné les co
dons sanitaires autour des villes, parce qu'ils n'étaient pas a
plicables et qu'ils devenaient, au contraire, une source d'infe
tion ; mais nous conservons les quarantaines pour les navir
parce qu'ici l'application rigoureuse est très facile et sa
aucun danger.

M. Jules Guérin. M. Rochard a parlé des formes atténuée
des formes frustes des maladies. M. Rochard a l'avanta
d'être beaucoup plus jeune que moi : c'est moi qui le prem
dans cette enceinte, à propos d'une discussion sur le cholér
ai parlé de ces formes ébauchés, frustes des maladies.

Les exemples donnés par M. Rochard des formes ébauché
de la peste et de la fièvre jaune complètent les grandes vues
M. Jules Guérin sur les formes ébauchées.

M. Jules Guérin sait que l'on n'a pas dit la vérité sur ce q
se passe à Paris ; il sait qu'il y a des cas de choléra avec mo
que l'on n'a pas signalés, sans doute pour ne pas effrayer
population.

Au point de vue des quarantaines, je suis surpris que I
Brouardel considère ce qui se fait comme s'étant fait dans to
les temps. Si l'on n'avait pas recommandé les quarantaine
on n'aurait pas jeté dans toute l'Europe la panique qui nous
été si fatale.

Actuellement l'Europe est partagée entre les non-contagio
nistes et les contagionnistes. En examinant les faits des no
contagionnistes M. Jules Guérin a été ébranlé. Il est donc po
sible, s'est-il dit, que la maladie ne soit pas toujours cont
gieuse. La contagion est contingente. Il y a une foule de co
ditions qui font que les maladies contagieuses ne le sont p
toujours. Il faut donc savoir tenir compte de l'observatio
quoiqu'elle soit contradictoire avec l'opinion qu'on a. D'a
leurs, ce que M. Jules Guérin n'a pas encore dit et ce qu'il cro
c'est que le choléra n'est pas contagieux comme les malad
ordinaires, mais qu'il est infectieux.

M. Le Roy de Méricourt cite un fait très probant qui s'
passé sur un vaisseau, l'*Alger*, dont il était chirurgien maj

nt la guerre de Crimée. Le choléra s'est déclaré brusque-
sans qu'il y eût aucune diarrhée prémonitoire.
holéra est d'ailleurs plein de faits étranges. A la même
e les marins d'un vaisseau ont transporté sur ce vaisseau
giment de zouaves décimé par le choléa. Sur le bateau
uaves ont continué à fournir une proportion considéra-
décès, tandis que les marins qui étaient constamment
tact avec eux sur ce bateau très encombré n'ont eu au-
alade.
a donc encore bien des choses à apprendre sur le choléra.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE

TUDE SUR LE PAYS ET SUR LES EAUX DU MONT-DORE (AUVERGNE) (*Suite*)

Par M. LABAT.

rces. — Les sources naissent toutes dans l'établissement
ns ou dans son voisinage immédiat, par conséquent
n périmètre peu étendu. Lefort a réduit à 5 les 7 sources
trand ; ce qui simplifie toujours la nomenclature :
a source *César* en dehors et au-dessus de l'établissement,
premières pointes du plateau de l'Angle. Elle se distingue
n bouillonnement, son captage ancien, sa voûte romaine;
st unie au filet dit source Caroline.
a source du *Pavillon St-Jean* ou des *Cuves St-Jean*
Grand bain dont les griffons débouchent directement
es cuves de pierre qui servent de baignoires.
a source de la *Madeleine*, autrefois sur la place du
éon, aujourd'hui à l'extrémité de la galerie du Midi. En
conseil général du Puy-de-Dôme l'a nommée source
nd, en souvenir du grand praticien. Ces changements
n ont l'inconvénient d'apporter de la confusion dans la
ture hydrologique. La source est revêtue d'une pierre
en forme de pyramide et son trop plein s'écoule dans
te réservoir, d'où elle est distribuée par une pompe aux
lieux d'emploi.
sources Boyer et Pigeon n'en seraient que des appendices.
5° Les sources *Ramond* et *Rigny*, noms des préfets

du département qui ont beaucoup fait pour les bains ; or
leurs puits de pierre dans la galerie souterraine.

6° La source froide de *Ste-Marguerite*, la plus élevée su
pentes de l'Angle.

7° La source de l'*Hôtel Boyer*, propriété particulière.

Décrire à part ces différentes sources nous conduirait à
répétitions inutiles ; cette méthode est tout au plus accep
dans un guide médical. Elles viennent très probablement
réservoir commun ; elles ont des propriétés communes ;
donc mieux de ne point en scinder l'étude.

Le débit total dépasse 400 mètres cubes en 24 heures ;
beaucoup, et ce n'est pas assez pour l'avenir. Par ordre d'a
dance, la Madeleine, César, le Pavillon. Si la vogue des
tempérés continue, il n'y aura plus assez d'eau dans la s
de l'encombrement.

La détermination exacte de la température des sourc
un point délicat, heureusement plus scientifique que pra
Cette température au Mont-Dore oscille de 40 à 45 de
quelques divergences se présentent entre les expérimenta

Pour César : de Brieude 45,5; Bertrand 45. Lefort 43.1. L
opérant du 12 au 25 août 1861, a trouvé ce chiffre consta
avait choisi César comme plus exposée aux infiltratio
conclut à la fixité de la température des sources. Son argu
est infirmé par ce fait qu'il a expérimenté par un temps
et sec, et d'ailleurs il est téméraire de conclure après d
servations d'une seule saison et restreintes à une si cour
riode. Si la température est invariable, les observateu
sont trompés et Lefort invoque la différence des thermom
Comment se fait-il alors qu'ayant trouvé une températu
férieure pour César, il ait trouvé des températures supéri
pour Ramond, Rigny et St-Jean ? Les thermomètres d
trand marquaient donc trop haut pour César et trop bas
les autres sources.

L'accord existe sur le degré de la Madeleine, 45 ; en
du petit puits, j'ai trouvé constamment 44.

Il était plus important de fixer la température du Pa

u'on s'y baigne : dans la baignoire N° 3, qui est la plus
de, Bertrand indique 42°5 et Lefort 44. C'est ce dernier
e que marquaient les thermomètres à alcool des baigneurs,
iomètres toujours fautifs en plus à cette température,
'ils n'ont pas été réglés comparativement ; j'ai pris, à plu-
reprises, le degré des cuves en plongeant une bouteille
le milieu du liquide destiné au bain, et voici mes moyen-
N°3 — 41,2; N°2 — 4; N° 41 — 40,6. Les chiffres de Joal, pris
nent avec un bon thermomètre à mercure, sont un peu
ieurs. On m'a objecté l'infidélité possible de mes thermo-
s. Argument du même genre que celui mentionné plus
car mes thermomètres étaient justes pour les autres sour-
e suis donc autorisé à soutenir que la cuve la plus
e de St-Jean ne dépasse pas 42 degrés et que les grands
pris à 44 et 45 ne sont qu'une pure fiction. — La chaleur
des griffons disséminés dans les cuves n'a pas d'inté-

éservoir de la source Boyer, qui est dans la salle des ma-
, donne 42,5; l'eau arrive aux bains de pied des dames de
1 ; un jour par hasard, je notai 42.
ıalyse des eaux du Mont-Dore ne présente pas de diffi-
sérieuses : Bertrand en avait déterminé les éléments
paux. En 1848, Chevalier et Gobley obtinrent des taches
icales ; en 1853, Thénard dosait un peu plus de 1 milli-
ne d'arséniate de soude ; en 1856, Gonod y signalait l'iode ;
ard, Truchot le chlorure de lithium.
eaux sont claires et se troublent par l'agitation en dé-
t un peu d'ocre et de carbonate calcaire ; elles ont une
r alcaline, rougissent faiblement le papier bleu. Le gaz
ıique presque pur qui les imprègne fait bouillonner les
es surtout aux approches d'un orage; leur densité dépasse
Voici les principaux éléments minéralisateurs déter-
par Lefort pour un litre de liquide : Acide carbonique li-
viron 1/4 de volume ; bicarbonates alcalins et terreux
e un gramme ; chlorure de sodium 0,30 à 0,40 ; bicarbo-
le fer 0,02 à 0,03 ; silice 0,15 ; arséniate sodique 0,001 ;

total des parties fixes : 1 gramme 50. Ces chiffres son
moyenne des principales sources.

L'arsenic a été retrouvé dans les vapeurs forcées pre
ment par Pierre Bertrand, lequel doutait, ensuite par Th
enfin par Lefort, 1862.

Ces sources rentrent dans le type général des eaux d'
gne : *bicarbonatées mixtes ferrugineuses* du dictionnai
calines mixtes de Pétrequin ; il se demande si elles m
la qualification d'arsenicales ; c'est la question que nou
posons aussi. Quand les eaux alcalines sont peu minéra
elles se rapprochent des eaux thermales simples. Nous
à revenir sur la question de l'arsenic. Nous attachons t
une grande importance à la chaleur native des eaux. B
s'était assuré que l'eau du Mont-Dore se refroidit d'a
même loi que l'eau chauffée artificiellement ; il est un
miers qui ait établi ce fait aujourd'hui connu de tous
drologues.

Il nous reste un mot à dire des sources Ste-Marguerite
l'hôtel Boyer.

La source Ste-Marguerite est située au-dessus du
César, elle est plus gazeuse ; froide 11°2 à mon therm
10°8 d'après Lefort ; elle est faiblement minéralisée ; c
filet séparé n'appartenant pas au grand réservoir comn

La source Boyer a été trouvée en 1872 dans les c
l'hôtel. Son puits, de 3 mètres de fond, m'a donné une
rature uniforme de 38° aux diverses profondeurs. L
nieurs lui assignent un débit de 65 mètres cubes. Une
lémique s'est élevée entre les Bertrands et les Chabo
derniers soutenant que la source de l'hôtel n'est qu'une
tion de la source Boyer, laquelle a diminué de moitié.
nes expériences sembleraient démontrer qu'elle est i
dante. En attendant, on n'en fait point usage, quoi qu
Rotureau dans son article. Il y a là une perte de 650
tres d'eau minérale au degré voulu pour les bains.

Ce coup d'œil rapide sur la nature des roches et sur
lités de l'eau thermale nous permet de chercher s'il y a

pport qui puisse éclairer la question d'origine toujours si scure. L'eau du Mont-Dore arrive à la surface avec une temrature de 45° ; supérieure de 38° au moins à la moyenne du ı, si l'on suppose l'accroissement progressif ordinaire de 1° : 30 mètres de profondeur, on sera conduit à supposer que nappe d'eau chaude souterraine est située à 1,100 ou 1,200 tres au dessous du sol. Cette conclusion n'est pas très rigouıse; il pourrait bien se faire que la loi de progression fût tre ici, dans un terrain volcanique; car nous voyons, en Tosıe par exemple, l'accroissement thermique beaucoup plus ısidérable. D'ailleurs, la situation du bassin d'eau chaude, forme, sa profondeur, ses communications, son mode d'alintation nous sont inconnus.

le que nous pouvons établir d'une façon presque certaine, st que l'eau thermale vient d'une profondeur qui dépasse ablement l'épaisseur de la masse volcanique, épaisseur dont naximum est de 8 à 900 mètres, avons-nous dit, mais qui est ; réduite dans la vallée des bains. Elle vient donc de l'assise ıitique inférieure, comme à la Bourboule, à S[t]-Nectaire, à yat ; son origine dans les fissures du trachyte prismé n'est apparente.

'assant à la question de la minéralisation, nous remarques que le trachyte, le phonolithe, le basalte et leurs congloats, roches silicatées, ne sont pas plus attaquables par l'eau : le granit sous-jacent ; que l'altération de ces roches n'a ıtre effet que de former des boues feldspathiques ; que l'eau ude n'en dissout pas davantage. Du reste, les eaux météori-s de la vallée ont un degré remarquable de pureté ; elles sent un simple nuage sur la capsule de platine chauffée et tent un titre hydrotymétrique très faible.

)e là il semblerait logique de conclure que l'eau du Montre emprunte ses matériaux à la région infra-granitique.

Jous venons d'étudier la station du Mont-Dore en naturae ; il nous reste à l'examiner en médecin. Avant d'aborder oartie médicale, nous parlerons un instant de l'installation.

Établissements. — Les thermes qui nous occupent remon-

tent assez haut dans l'histoire (*calentes baia* de Sidoine Apo
naire) ; les restes romains, mis au jour dans les fouilles de 18
témoignent de leur importance, et les Romains, bons juges
la matière, n'avaient pas construit au hasard dans le lieu
plus retiré des montagnes d'Auvergne. On y trouva trois
cines, de gros murs, des colonnes et des chapiteaux, des
bris de statues qu'on avait exposés sur l'emplacement act
du casino.

Le nom de Mont-Dore apparaît pour la première fois da
l'ouvrage de Jean-Banc en 1605. Du commencement de ce siè
et de Michel Bertrand date la prospérité de la station. De Brieu
nous apprend qu'à la fin du siècle dernier les routes étai
mauvaises et que les pulmoniques arrivaient brisés par
chaos, qu'il fallait apporter son linge et son coucher, tant
maisons étaient malpropres ; on ne peut, disait-il, vaincre l
dolence des habitants. Que de loueurs en garni du village
vraient encore méditer ces paroles !

Bertrand, à son arrivée, trouva les trois sources ancien
en usage : 1° La Madeleine à l'air libre, sur la place ; 2° Cés
avec son auge de pierre où l'on se baignait ; 3° Le grand b
divisé en quatre loges.

Alors commence un grand mouvement de réorganisatio
les bains sont rachetés par le département en 1810 ; les foui
sont faites en 1817 et l'établissement actuel est achevé en 18
Des additions et améliorations successives ont complété l'œuv
On peut dire aujourd'hui que c'est un de nos principaux m
numents thermaux.

Il est situé sur la place et sur l'emplacement même
sources. Son architecture, de style romain, lui donne un
imposant, mais un peu massif, et la couleur de la pierre trach
tique contribue à ce caractère de sévérité. Le péristyle n
pas assez large pour les chaises à porteurs qui s'y croisent
pour la foule des buveurs. Après-midi, la chaleur y est pé
ble. Là se trouvent les niches pour les buvettes de la Madele
et de Ramond, dont l'eau fumante coule dans des vasq
de pierre ; les niches pour remplir et rincer les bouteilles d

s à l'exportation ; les lavabos pour gargarismes. Il faut vu le mouvement du matin, en juillet, pour s'en faire dée.

e grande porte vitrée s'ouvre dans la salle d'en bas, voûla façon d'une crypte d'église romane. Au fond cinq baies avec douches, pour les malades peu aisés, alimentées Ramond et Rigny ; pour les pauvres, deux piscines et quabinets de douches alimentés par César. Ces piscines, de 5 es sur 3, sont les seules qui existent. Le soir, par le temps les rhumatisants trouvent un bon refuge dans la salle.

ux galeries latérales : celle du Nord pour les hommes ; cabinets avec douches, de 3 mètres sur 2 ; au bout, deux ets de douches ascendantes et quatre cuvettes pour dounasales. La galerie du Midi, consacrée aux dames, a cabinets avec douches et cinq nouveaux cabinets plus ds et mieux éclairés qui s'ouvrent dans la grande salle bains de pied, alimentés par la source Boyer. Mêmes apls pour douches ascendantes et nasales.

bel escalier à double rampe conduit à la grande galerie étage, remarquable par sa largeur et son élévation. Dixcabinets avec douches insuffisamment éclairés et dont la ieur, 4m50, a permis de créer tout récemment des vestiai-Les baignoires de pierre ont été revêtues de zinc, soi-disant éviter aux malades un contact désagréable ; je croirais volontiers pour ménager l'eau.

bout de la galerie, un escalier monte aux bains du Pa-; là sont les cinq cuves de pierre où sourdent les griffons chaude, cuves si fameuses dans l'histoire thérapeutique. malades sont séparés entre eux par de simples rideaux. s 9 heures du matin, on y prend les bains de pied. Aux cuves anciennes on en a ajouté deux un peu moins chau-

deux pavillons latéraux pour bains tempérés sont de ruction récente ; couloirs très élevés et larges de 4 mètres ; rze cabinets de chaque côté, moins longs et un peu plus s que ceux de la galerie ; baignoires en fonte émaillée, de

grandeur moyenne ; robinet d'eau froide pour tempérer
quide.

Il est question d'établir des cabinets de luxe dans la sa
réunion du premier étage devenue libre depuis l'existen
casino. J'aimerais mieux un promenoir pour les buveurs
les matinées froides.

Le bâtiment des inhalations, n'a été ouvert qu'en 1851
trand fit le premier emploi des vapeurs forcées à l'ancie
blissement, dans la partie qu'occupe l'administration. Le
ment des inhalations, construit un peu sur le modèle de
tre, a été allongé par une annexe.

Le vestibule est trop étroit pour le mouvement des por
à droite et à gauche les cabinets de douches étroits et
bres ; entre les cabinets deux salles de pulvérisation av
tiaires ; température 28 à 29°, ce qui en fait, en même
des salles d'inhalation.

Les salles d'aspiration du sous-sol pour les malades d
sont de vraies étuves ; elle conviennent mieux aux pays

Les salles d'inhalation occupent le premier étage
sont précédées de vestiaires insuffisants et un peu chau
y voit le matin une affluence de malades coiffés du ca
de laine traditionnel. Il y a quatre vastes salles pour
sexe ; température 28 à 30 et même 32°, ce qui est t
chaleur était plus forte sur les gradins que l'on a fait e
Ceux qui ont besoin des inhalations les plus chaudes
cent au voisinage des bouches. Les bouches déversent
peurs forcées de l'eau de la Madeleine par des conduit
tants qui sont adaptés aux chaudières d'en bas. On pe
dans le sous-sol, le gros tuyau qui amène l'eau minéra
un grand cylindre de métal d'où elle se rend aux c
res.

Les inhalations en question fournies par des générat
vapeur d'eau surchauffée s'éloignent en tant que m
des inhalations pratiquées ailleurs ; elles se rapproc
contraire du bain de vapeur. Quoi qu'il en soit, elles
de grands services et prennent une importance croissa

ette vue rapide des établissements nous montre une ins-
ation très sérieuse : des buvettes suivies, des piscines, plus
ent cabinets de bains et de douches, une vaste construc-
presque spéciale pour l'inhalation ; des locaux à part pour
gens du pays et les indigents, tout cela fait prévoir une
lication variée et puissante. Nous allons en estimer la va-
par la connaissance du mode d'emploi de l'eau minérale,
es effets sur l'organisme et des indications dans les mala-
. Ceci est plutôt l'œuvre des médecins qui pratiquent au
it-Dore ; ma situation me rend plus libre qu'eux-mêmes
pour l'éloge, soit pour la critique.

ode d'emploi, action. — En général, aux eaux chaudes
lement minéralisées telles que Néris, Plombières, Wildbad,
itz, etc., le traitement interne n'a qu'un rôle effacé ; ici, il a
importance. On boit, de préférence, l'eau de la Madeleine,
eu Ramond et, par exception, César. Pourquoi la Made-
? affaire d'habitude et de tradition ; l'analyse chimique
donne aucune explication.

est plus hygiénique de boire le matin à jeun ; l'eau passe
is bien après-midi et aux repas ; j'ai pu vérifier nombre
ois ce fait énoncé par Bertrand. Les malades trop absor-
par les bains et l'inhalation font arrêter leurs chaises à por-
pour remplir leurs verres en route. On boit encore pen-
le bain, au lit, etc.

éjà, de Brieude avait limité la quantité à une pinte ; les
ecins actuels dépassent rarement 4 verres de 200 grammes
ron. Rappelons que la température étant de 38 à 40° dans
rre et subissant rapidement l'influence de l'air ambiant,
qui paraîtrait chaude à la peau est presque tiède à la
he ; or l'estomac ne peut s'accommoder d'une grande
ntité d'eau tiède. — Encore aujourd'hui le coupage de l'eau
nale se prescrit selon les indications avec du lait, des si-
, des infusions pectorales ou aromatiques.

eau transportée est toujours en honneur et complète le
ement des malades revenus chez eux ; on y voit donc
chose que de l'eau chaude.

A part quelques estomacs réfractaires, tout le monde p
boire la Madeleine : son premier effet est de porter un peu
tête ; elle ne trouble la digestion que bue en trop grande qu
tité, au delà des prescriptions ou dans la journée ou bien
repas ou vers la fin de la cure lorsqu'il y a dégoût, sat
tion.

Arrêtons-nous un moment sur un phénomène qui a pr
cupé les observateurs, je veux dire la diarrhée ; elle est
importance chez les catarrheux ou les rhumatisants ; plu
rieuse chez les phthisiques ou les anémiques. Une observa
attentive fera bientôt reconnaître que l'eau du Mont-Dor
plutôt constipante que laxative. D'autre part, si l'on conside
température basse de l'eau potable en plein été 8 à 10 de
l'état de susceptibilité de la peau chez les malades qui vont
les matins au bain et aux salles d'inhalation, les varia
brusques de température, on se rendra compte de ces cata
intestinaux. Vers le milieu d'août 1881 nous eûmes une
pérature de 8 à 12 degrés au lieu de 20 à 30 que nous a
dans les premiers jours du mois. Il y eut à ce moment co
une petite épidémie de cholérine et un grand nombre d
lades ne voulaient plus boire. Les mêmes faits se produi
Néris, à Plombières, à Wildbad, à Teplitz où l'on pren
bains chauds. Ces mêmes dérangements d'entrailles ne
pas rares chez les gens de la campagne, si les chaleurs d
sont brusquement remplacées par les fraîcheurs de l'aut
Un peu d'hydrologie comparée éviterait bien des th
creuses sur les agents des eaux minérales.

(*A suivre.*)

Le Gérant: Dr A. Lutaud

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André,

ANNÉE. — T. VII. N° 15 11 OCTOBRE 1884.

OURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

REVUE PROFESSIONNELLE

PROJET DE CAISSE DE RETRAITE AU PROFIT DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

par le Dr BENOIST, de Saint-Nazaire

ous sommes heureux de reproduire le travail que nous sse notre confrère en engageant vivement nos lecteurs à éditer sérieusement :

fondation d'une Caisse de retraite s'impose tellement au s médical, qu'on est étonné au premier abord de voir le d'empressement que mettent les médecins à souscrire au

FEUILLETON

MÉDECINS DOIVENT-ILS DÉLIVRER DES CERTI-CATS *POST MORTEM* A PRODUIRE AUX COMPA-NIES D'ASSURANCES SUR LA VIE ?

Par Georges ROCHER, avocat à la cour d'appel de Paris.

(*Suite et fin.*)

ls sont, Messieurs, croyons-nous, les grands principes était indispensable de rappeler, pour permettre de résou-mmédiatement et facilement la question qui vous est ise.

est bien entendu que dans l'espèce qui nous occupe, quel soit l'intérêt social attaché à l'existence et au progrès ssurances sur la vie, nous n'avons pas à nous en préoc-r, et par conséquent nous ne devons nullement nous r influencer par ce point de vue absolument étranger à re d'idées ici en discussion pour décider la solution à la e nous devrons nous arrêter.

projet du Dr Lande, de Bordeaux, malgré le patronage et réclames hebdomadaires du journal *Le Concours Médical.*

Pour qui veut bien y réfléchir, les raisons en sont bien si ples et peuvent se réduire à quatre :

1° Le sacrifice d'argent est trop considérable ;

2° Les résultats en sont trop éloignés et trop aléatoires ;

3° Les médecins âgés de plus de cinquante ans ne peuv y prendre part ;

4° La famille est complètement mise de côté.

1° Le corps médical est composé de trois catégories de m bres, constituées, la première, par les princes de la scie et les favorisés de la fortune, lesquels ne pensent guère à f der à leur profit et encore moins au profit des autres des vres de prévoyance ; la seconde, par les médecins travaill vivant plus ou moins largement du produit de leur clien mais dont les charges augmentant à mesure qu'ils pren de l'âge, ne leur permettent pas de faire des économies s

---

Vous ne constituez pas, ne l'oubliez pas, un tribunal ch de distribuer équitablement la justice et de sauvegarder intérêts particuliers ; une seule partie est en cause, on saurait trop le répéter, c'est le corps médical ; une seule tion doit nous préoccuper, c'est sa dignité. A vous de vo que permet cette dignité, à vous de déterminer la règle q sauvegarde de cette dignité impose de suivre.

Assurément il ne s'agit pas pour vous de tracer une immuable à laquelle tous les médecins seront contrain se conformer ! Il y aurait impossibilité de le faire, puisqu'i aurait pas de sanction. Ce n'est pas une loi que vous allez ter, c'est une consultation sur un sujet déterminé que vous formuler, chacun restant libre de s'y conformer ou non étant soumis au seul tribunal de sa conscience ; et tou j'en suis convaincu, même si votre avis est qu'il faut refus délivrer des certificats *post mortem*, vous auriez applaud belles paroles que M. Ambroise Tardieu laissait tombe haut de sa chaire à l'occasion du sujet qui nous occupe e M. Legrand du Saulle rappelle dans son *Etude sur les rances sur la vie* :

« Nous n'approuvons à aucun titre, disait-il, ces engage

tes pour jouir un jour d'un repos qu'ils ont cependant bien
ité; la troisième, par les confrères besogneux obligés de
ailler et de vivre au jour le jour jusqu'à leur dernière
re, sans être jamais certains que leur budget ne se sol-
a pas à la fin de chaque année par un déficit.

faudrait, en fondant une Caisse de prévoyance ayant la
ention de s'intituler *Caisse de retraite du corps médical
çais*, pouvoir réunir les cotisations de ces trois catégories
médecins ; on ne peut y arriver qu'en demandant aux uns
ux autres un sacrifice d'argent tellement minime, que les
niers y voient une nécessité pour leurs vieux jours, les se-
ls un placement avantageux, et les premiers une œuvre
e de bienfaisante confraternité.

Mais non seulement dans le projet du Dr Lande la coti-
on est très élevée, mais le résultat en est tellement éloi-
et aléatoire, qu'on hésitera beaucoup avant d'adhérer à
œuvre qui ne doit donner de résultats aux premiers re-

---

ctifs qui transforment le sentiment du devoir en une con-
ion sociale. La déontologie médicale ne peut en aucun
e formuler en articles de règlement, et nous n'accepterons
ais que ce vote d'une majorité puisse imposer une règle
lue de conduite là où chacun ne doit se laisser guider que
es plus délicates inspirations de sa conscience. »

rivons, maintenant, à la question elle-même. De quoi
t-il ? de la délivrance d'un certificat dans lequel le mé-
n énoncera ce qui est pour lui la cause de la mort de son
t.

ut d'abord, on doit se demander qui pourra solliciter ce
ficat : est-ce la compagnie d'assurances ? alors, sans hési-
n, le médecin devra le refuser ; est-ce un tiers étranger,
ficiaire à un titre quelconque de l'assurance contractée
e défunt ? ici encore, sans nul doute, le certificat ne pour-
être délivré.

question ne peut se poser que si c'est la famille qui vient
citer le certificat ; mais par la famille que devra-t-on en-
re ? Sont-ce les descendants, les ascendants, les collaté-
, l'époux survivant ? Qui aura le droit, au nom du dé
, de délier le médecin de son devoir de silence ?

traités que dans dix années; on leur promet 1.200 fr. de r
mais pendant combien d'années pourra-t-on les leur don
On les leur donnera certainement pendant les premières
nées avec les intérêts composés des sommes accumulées
dant les dix premiers exercices; mais comme le nombre
sociétaires retraités augmentera chaque année, puisque
sociétaire âgé de 60 ans a droit à sa retraite, on ne peut p
dre vis-à-vis d'eux un engagement qui est subordonné
aléas du recrutement des nouveaux adhérents dont les co
tions sont essentiellement indispensables au fonctionne
de l'œuvre ; si ce recrutement ne se reproduit pas regul
ment, il arrivera fatalement un moment où cette retrai
1,200 fr., qu'on fait sonner bien haut, sera réduite d'a
en année dans de fortes proportions, faute de ressource
fisantes. Or, il est très à craindre que ces ressources
produisent pas en proportion des dépenses, car il faudrai
les adhérents nouveaux fussent beaucoup plus nombreu

C'est là, ce nous semble, un point capital ! Vous all
véler les circonstances du décès de votre client, et qui s
lui vous aurait autorisé à le faire ?

Vous n'aurez assurément pas à redouter d'être incr
par lui du chef de votre indiscrétion ; mais ce point de v
peut vous suffire à vous, médecins honorables et jaloux
tre dignité ; c'est pour cela que j'ai insisté au début de ce
port sur ce fait que ce n'était pas la crainte d'une sancti
nale qui vous retenait, mais bien le sentiment plus éle
l'obligation morale et naturelle qui vous liait.

Dans le cas particulier qui nous occupe, à moins qu'
de mourir, l'assuré n'ait demandé formellement à son
cin de délivrer le certificat *post mortem* à sa famille ou
ayants droit, nous pensons que le médecin ne saurait s
sidérer comme délié du secret professionnel, et, comme
quence, ne doit pas délivrer le certificat.

Cette considération, à elle seule, nous paraît suffisant
trancher la question du certificat *post mortem*.

Mais allons plus loin, et supposons que le médecin soi
de son obligation au secret ; quelle conduite devra-t-il te
Nous avons établi que, même autorisé à révéler

nombre des sociétaires qui arrivent à l'âge de leur retraite il y a bien des raisons pour qu'il n'en soit pas ainsi. J'ai jà parlé du prix de la cotisation qui peut éloigner un grand mbre de médecins; la faculté donnée aux adhérents de uscrire jusqu'à leur cinquantième année, est une autre raia tout aussi sérieuse : « Pourquoi souscrirais-je à 40 ans, isque je puis mourir entre quarante et cinquante ans et e toutes les sommes versées seraient perdues pour mes hériers ?... » Tel est le raisonnement que se tiendront un rand nombre de médecins dont les cotisations échapperont la Société s'ils meurent et qui, arrivés à leur cinquantième née, hésiteront à souscrire : 1° parce que la somme de 7,350 qui leur est demandée en dix ans est trop importante pour 'ils en fassent le sacrifice sans réflexion ; 2° parce qu'ils ne nt pas certains d'atteindre leur retraite ou d'en jouir assez gtemps pour recouvrer les sommes ainsi versées, et qu'en isième lieu ils ont de plus grands avantages à confier le

---

il pourra savoir, le médecin conserve une liberté complète ppréciation. Voyons donc les motifs qui peuvent militer en eur de la délivrance ou de la non-délivrance du certificat *t mortem*.

Pourquoi ne pas délivrer ce certificat, étant admis qu'il soit nandé, bien entendu si le silence du médecin doit être préiciable aux intérêts du de cujus ou du moins de ses reprétants ?

Pourquoi ? Mais parce que de deux choses l'une : ou vous délivrerez ce certificat que s'il est favorable, et alors toutes fois que vous n'en délivrerez pas, votre silence sera signitif et équivaudra au plus défavorable de tous les certificats; bien vous le délivrerez toujours, même quand il deêtre préjudiciable aux intérêts de celui qui vous l'aura dendé, et alors vous atteindrez un but diamétralement opposé lui que se proposait votre client.

r, dans ce cas, il est une chose certaine, c'est que celui qui s aura demandé le certificat se sera trompé sur la portée certificat qu'il sollicitait de vous ; qu'il n'aura pas su exacent la nature du secret que vous avait dévoilé l'exercice votre profession ; c'est que, peut-être, au cours de la mala-

montant de leur cotisation à une compagnie d'assur
qui, suivant certaines combinaisons, leur procurera apr
ans une retraite moins aléatoire, tout en réservant à
mille, en cas de décès, le capital versé, considérablemen
menté.

3° Il est fâcheux, d'un autre côté, que le projet du Dr
soit combiné de telle manière qu'il soit complètement i
sible aux médecins âgés de plus de 50 ans d'en faire pa

Entre 51 et 90 ans, on trouve toute une génération mé
composée de praticiens très honorables, obligés, malgr
âge, de marcher et de travailler pour vivre et reten
clientèle qui leur échappe à mesure qu'ils vieillissent.

Pourquoi leur enlever la possibilité de profiter d'une
à la création de laquelle ils ont aspiré toute leur
qui, au moment d'être réalisée, les laisse complètem
côté? Je sais bien qu'il n'y a pas impossibilité absolue
qu'on a institué pour les médecins âgés de 51 à 65 ans

---

die, vous médecin, par des considérations de toute natu
n'aviez dévoilé au malade ou à ses parents qu'une pa
la vérité, vous vous en étiez tenu *à la vérité relative*.

Que ferez-vous alors ? Déclarerez vous à celui qui v
mandera le certificat, que celui que vous lui délivr
pourrait que lui être défavorable ; mais alors vous vo
verez en contradiction avec vous-même.

Maintenant ce certificat que vous allez délivrer dans
térêt pécuniaire propre au bénéficiaire de l'assura
pourra-t-il pas quelquefois préjudicier aux intérêts pl
pectables d'autres individus, des enfants du défunt da
tains cas, par exemple.

Et puis que fera le médecin lorsqu'il aura des doute
faut pas méconnaître, n'est-ce pas, que le médecin, c
savant qu'il soit, ne peut prétendre à l'infaillibilité ; c
libellera-t-il son certificat ? Et s'il s'est trompé ?

N'est-ce pas là, comme le dit M. le Dr Chauvel d
mémoire, un motif déterminant pour s'abstenir de déli
certificats *post mortem* ? « Avons-nous, dit-il, des raiso
ne pas en délivrer ? Oui, c'est la possibilité d'une e
diagnostic dont les suites seraient d'autant plus fâcheu

ifs A et B spéciaux pour qu'ils touchent une retraite entre 2 et 76 ans ; mais quel est le médecin assez téméraire pour ser à cet âge escompter l'avenir dix ans à l'avance, alors u'il sait trop par expérience que ses jours sont comptés.

C'est au profit des vétérans de notre art qu'une institution emblable devrait être fondée, et c'est eux qui devraient être ppelés les premiers à en profiter.

4° L'isolement dans lequel le Dr Lande laisse la famille st encore une nouvelle cause d'insuccès. Quel est le méde-in, père de famille, qui ne pense pas aux siens avant de sa-rifier plusieurs milliers de francs qui ne seront profitables u'à lui, s'il atteint l'âge réglementaire de la retraite, et qui eront complètement perdus s'il n'atteint pas l'âge de 60 ans.

La participation de la femme du Sociétaire à la Caisse de etraite, moyennant un sacrifice d'argent analogue à celui de on mari, me semble une innovation peu heureuse dont le uccès se fera, je pense, longtemps attendre.

---

ous que nous ne sommes pas juges de ces sortes d'affaires. Peut-être aurons-nous vu l'assuré seulement après la mort ; eut-être l'aurons-nous vu mourant, sans pouvoir recueillir ucune indication sur la cause du décès ; et même, en suppo-ant que nous l'ayons visité plusieurs fois, est-il toujours facile u possible de distinguer d'une hémorrhagie cérébrale les ef-ets de certaines lésions syphilitiques du cerveau, une fièvre yphoïde d'une phthisie galopante, etc. ? »

En somme, quelle raison existe-t-il donc de fournir ce cer-ificat ?

L'intérêt du client ou de ses représentants ? Mais nous avons lémontré que dans un grand nombre de cas le certificat lui era préjudiciable, et que souvent il le réclamera sans en pré-oir les conséquences.

Argumentera-t-on, comme l'a fait M. le Dr Margueritte, des as où le médecin peut seul trancher les difficultés au profit les héritiers ou représentants du de cujus, le cas par exem-les où la compagnie prétendra que l'assuré s'est suicidé et re-usera de payer ? La réponse est bien simple, la compagnie ura à établir ce qu'elle avancera. Il ne lui suffira pas de le lire. et ce sera à elle que la preuve à faire incombera, puis-

Pour qu'une Caisse de retraite au profit du corps médic réussisse, il faudrait:

1° Que la cotisation fût peu élevée ;

2° Que les résultats en fussent prochains;

3° Que tous les médecins, quel que soit leur âge, puisse en faire partie;

4° Qu'on puisse y intéresser la famille.

Une combinaison bien simple dans son application pe remplir toutes ces indications : elle consisterait à demande chaque médecin, à partir de sa quarantième année, u somme annuelle de 100 fr., et de créer immédiatement av les intérêts de la somme ainsi obtenue un certain nombre retraites qu'on affecterait aux médecins les plus âgés.

On admettrait à la fondation de la Société tous les méd cins, quel que soit leur âge; mais six mois après la consti tion de la Société, on ne serait plus admis après la quara tième année révolue.

---

qu'elle ne pourra pas demander de faire une preuve négati

L'intérêt des assureurs ? Mais nous n'avons pas à exami ici ce point de vue. Le médecin du de cujus n'a pas à se pré cuper de l'intérêt des compagnies ; s'il ne doit pas fournir document pouvant les induire en erreur et se faire comp d'une tromperie, il ne peut être tenu de leur procurer un cument pouvant servir contre l'assuré ; c'est encore ce q formule en excellents termes M. le Dr Chauvel : « Assure et assurés défendront leurs intérêts comme dans les marc ordinaires ; ils ne peuvent nous obliger à y prendre part.

« En admettant même que nous ayons connaissance de tains faits qui feraient courir des risques aux compagnies, n n'avons pas de dénonciation à faire. « La cause du secret p « sur le médecin, car la porte du moribond ne s'est ouver « son approche qu'à raison de son état et de sa profession « Hémar). »

Quant aux conséquences graves que pourrait avoir le re du certificat *post mortem*, nous ne les voyons pas, et nous croyons pas que ce refus mette en péril un intérêt social ; sont là de grands mots auxquels il n'y a pas lieu de s'arrê Dans tous les cas, nous jugeons que les médecins n'ont

posons donc mille médecins s'étant engagés à verser
100 fr. par an.
fin de la première année, la Société se trouverait pos-
r d'un capital de cent mille francs ayant produit 4,000
ntérêt qu'on affecterait par rang d'âge aux dix médecins
s âgés.
née suivante on fonderait de la même manière dix
retraites et le capital inaliénable serait augmenté de
utres mille francs. En créant ainsi chaque année dix
nombre plus considerable de retraites (si le nombre des
nts était plus considérable), on arriverait à pourvoir
raites en un certain nombre d'années, tous les vieillards
e plus de 60 ans et alors, comme le calcul prouve que
bre des sociétaires passant de la cinquante-neuvième à
antième année, venant par conséquent prendre part à
aite est largement compensé par les mortalités qui se
sent chaque année entre la soixantième et la quatre-

acer à ce point de vue. Du reste, ils peuvent être tran-
, leur refus de délivrer des certificats *post mortem* ne
s disparaître de France les compagnies d'assurances sur
elles feront comme elles ont fait pour les certificats
s exigeaient autrefois du médecin habituel de toute per-
qui voulait contracter une assurance, elles s'en passe-
trouveront d'autres moyens de se renseigner et de sau-
er leurs intérêts. Nous ne sommes pas chargés de leur
ici une consultation à ce sujet.

, ajoute-t-on, ce sera la source d'une foule de procès et
re même de citations du médecin devant les tribunaux.

bien, comme le dit encore fort bien M. le Dr Chauvel :
ce cas nous déclarerons que nous n'avons rien à dire,
u de notre secret professionnel, et aucun tribunal ne
nous condamner sur un objet que seuls nous connais-
et nous sortirons de l'affaire plus honorés que si nous
parlé, notre langage devant toujours être interprété par
'un dans un sens défavorable à notre considération. »

suite de ces observations et conformément à l'opinion
par la Commission permanente de la Société de mé-

vingt-dixième année, le nombre des retraités restera
naire et chaque retraite serait augmentée chaque an
fraction correspondant à l'intérêt annuel des cotisat
velles qui viennent grossir le capital inaliénable, to
sant à la veuve du retraité la moitié de la retraite de

En dix années, une Société semblable composée
sociétaires aurait déjà 100 retraites réparties, c'est-à-
été distribuées à cause des mortalités à 150 sociétai
être et un capital d'un million.

En vingt années, le capital serait doublé et la ret
menterait chaque année d'un dividende proportionn
bre des adhérents, car tous les vieillards âgés de
ans seraient pourvus de retraites et l'intérêt de ch
sation annuelle serait réparti entre tous les retraité

Ces résultats seraient obtenus sans que le sacri
niaire imposé aux plus jeunes puisse dépasser 2

decine légale, nous vous proposons d'adopter les c
suivantes :

La Société de médecine légale de Paris est d'avi
déclarant que la règle qu'elle formule ne saurait êtr
comme une obligation, mais conseillée comme une
conduite convenable et digne,

*Que les médecins feront bien de refuser toujours
ment de délivrer des certificats indiquant la nature
ladie à laquelle a succombé un de leurs clients et
tances dans lesquelles il est mort.*



Vacances médicales. — Voir pour les postes médicaux vacants

us, car arrivés à 60 ans, ils cesseraient de souscrire, ue soit leur situation.

'objectera qu'une retraite de 400 fr. est bien modeste ée aux besoins de la plupart des médecins qui arrivent de leur carrière : Il est certain que j'aimerais mieux la leur offrir de 1,200 fr., mais étant donnée la modi- sacrifice pécuniaire de chaque sociétaire et la situation niers bénéficiaires, ce chiffre est relativement élevé ; sceptible d'ailleurs d'une progression indéfinie qui, à aine époque, peut n'avoir d'autres limites que celles intéressés voudront leur imposer. Un article des sta- mettra du reste à ceux qui voudraient s'imposer un d'argent plus considérable de toucher une retraite vée.

objectera également peut-être que je laisse de côté les s âgés de moins de 40 ans : il est facile de faire, à leur n, un tableau de cotisations proportionnelles, qui les ns les mêmes conditions de versement que les méde- s de 40 ans. L'avantage qu'ils peuvent avoir à faire rématurément de la Société est le suivant : c'est qu'un es statuts stipulera : que tout médecin sociétaire, quel son âge et le nombre des versements opérés par lui, atteint d'une infirmité ou d'une maladie le mettant *npossibilité absolue* de continuer l'exercice de la mé- sera considéré comme un vieillard et rangé par ordre tion en tête de ligne pour obtenir sa retraite.

ues confrères trouveront peut-être mauvais qu'on at- ne retraite de 400 francs à des vieillards qui n'ont fait ques versements de cent francs.

bjection, sérieuse en apparence, n'est pas compati- la solidarité confraternelle médicale. Si des confrères ivilège peu enviable d'être appelés les premiers à ne retraite à la fondation de laquelle ils n'ont pas p contribué, ils ont aussi le désavantage d'avoir un s la tombe et, pour ceux qui sont obligés encore de leur travail, une retraite inattendue, si modeste soit- t apporter un soulagement sérieux à leur situation ; hent les premiers leur retraite, il est probable qu'ils cheront pas longtemps et cette inégalité de situation

est, malheureusement pour eux, compensée par ce fa
n'ont pas de grandes chances de jouir longtemps de
traite et que, dans tous les cas, ils n'auront jamais la
bilité de voir cette retraite s'augmenter, tandis que le
seront certains de jouir un jour de cet avantage.

Le projet que j'ai l'honneur de soumettre au corps
est tellement simple et pratique, que j'espère qu'il se
lement compris et accueilli avec faveur par tous ceux
sirent sérieusement la fondation d'une Caisse de retra
médecins les plus âgés et les médecins les plus jeune
p'us grand intérêt à y prendre part; les premiers y tro
une retraite modeste, mais inattendue; les seconds
contribué à fonder une œuvre éminemment progres
leur permettra d'atteindre leur vieillesse sans en redo
conséquences.

On peut la faire fonctionner facilement et à peu de
ayant recours, dans chaque département, au zèle et a
téressement des secrétaires et trésoriers des associatio
les de l'association générale qui se mettront en rapp
la commission spéciale qui aura son siège à Paris.

Je prie les confrères qui voudraient coopérer à cett
de vouloir bien m'envoyer directement à Saint-Nazair
Inférieure), leur nom, leur âge et leur adresse.

Dès que le nombre des adhérents aura atteint un ch
fisant, des statuts seront adressés à chacun d'eux
commission exécutive, présentant toutes les garantie
bité et de savoir désirables, nommée par eux en A
générale soit directement, soit par mandataire, se
l'œuvre et fonctionnera immédiatement.



REVUE CLINIQUE

—

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DIÉRÈSE EN FRANCE PAR LES LIENS ÉLASTIQUES. — AMPUTATION DU SEIN.

Je ne suis point chirurgien, et c'est peut-être à canse de cela ue j'ai opéré sans instrument tranchant. Voici le fait :

Madame X... a 64 ans ; elle est d'une forte constitution et ouit d'une excellente santé. La ménopause est arrivée chez lle à 45 ans.

Lorsqu'elle vint me voir pour la première fois, elle me monra au sein gauche une tumeur arrondie du volume d'une oix, présentant, depuis quinze jours, des élancements analoues à des coups de canif. Il n'y avait aucun ganglion dans le reux de l'aisselle.

Je conseillai une opération par le bistouri. La malade ne oulut pas en entendre parler ; j'instituai alors un traitement l'iodure de potassium à l'extérieur et de la ciguë à l'intérieur.

Deux mois après, elle revient me voir : la douleur a diminué, ais non la tumeur. C'était le 8 février 1884.

Je propose de nouveau l'opération qui n'est pas agréée ; mais uand je parle de la possibilité de faire tomber la tumeur avec n lien en caoutchouc, qui ne fera pas de mal et ne fera pas uler une goutte de sang, on se laisse opérer. (Je déclare qu'à moment je ne savais nullement qu'une opération semblable it été pratiquée).

Je fais bien saisir la tumeur, située à la partie supérieure de mamelle, avec l'extrémité des doigts d'une aide et la fais rer le plus possible en dehors ; puis, saisissant un tube en outchouc (le seul en ma possession, et qui était destiné à un ut autre usage) d'un centimètre d'épaisseur sur une longueur vingt centimètres, je l'étends autant que possible, de manère à lui donner deux millimètres à peine d'épaisseur, et cirnscris la base de la tumeur par deux circulaires, puis je oue. (Je ne supposais pas le moins du monde qu'il pût être pporté et restai convaincu qu'au bout de quelques heures la tiente l'enlèverait.)

La malade éprouve à peine une sensation de gêne. Elle peu sortir de chez moi à pied et aller à la gare, à un kilomètre en viron de mon domicile ; monter en chemin de fer, et faire lieues pour se rendre chez elle. La nuit suivante fut agitée, ma on put se lever le lendemain et les jours suivants et vaquer peu près à toutes les occupations du ménage. Huit jours aprè le 14, on revenait me voir : la tumeur est sphacélée, d'un gr noirâtre. La gangrène est sèche; çà et là, cependant, on distin gue quelques bulles ; le pédicule est entouré d'un cercle élim natoire rouge avec gonflement tout autour. Pensant pouvo diminuer la largeur de la base du pédicule, qui a près de quat centimètres d'épaisseur, je place tout autour deux nouvell circulaires, toujours en caoutchouc, en dehors des deu premiers. La douleur devient très forte ; car elles portent dan le sillon déjà tracé par le cercle éliminatoire, par conséque sur une partie déjà enflammée ; et la malade, après une nu de grandes souffrances, me prie de porter remède à ses do leurs, ce que je fais en enlevant les 2 dernières circulaires ; calme se rétablit instantanément et mon opérée rentre à campagne.

Le 3 mars, deux semaines plus tard, retour de la malad Elle ne souffre pas, mais s'affecte de l'odeur que produit la t meur, malgré les lotions répétées d'eau phéniquée dont el fait usage constamment. J'enlève le lien constricteur. Quelqu jours plus tard, la tumeur étant aux trois quarts détachée, je sépare complètement avec un coup de ciseaux (12 mars). Je n trouve alors en présence d'une vaste plaie de dix centimètr au moins de diamètre et recouverte de bourgeons charnus premiére qualité ; un petit ganglion existe dans le creux ax laire ; je l'attribue à l'inflammation et ne le regarde nulleme comme spécifique.

Quinze jours après, la plaie était aux trois quarts cicatrisé et complètement le 15 avril.

Le sein a complètement disparu : la cicatrice est rougeâtr ovalaire, plate, sans saillie aucune au-dessus des tissus a biants. Elle serait plutôt déprimée. Son diamètre transverse de quatre à cinq centimètres ; le plus grand vertical peut avoir trois. Cette cicatrice n'est point adhérente, mais elle très peu épaisse et séparée à peine des côtes et des espaces int

aux par deux ou trois millimètres à peine de tissus rmédiaires.

n publiant cette observation, je n'ai point eu la prétention de er au public un fait nouveau. La thèse du docteur Chalot (1) s en montre, en effet, plusieurs semblables. J'ai voulu seuent appeler l'attention des praticiens sur la facilité d'exécu- du procédé, sur le peu de douleur qu'il a causé, sur l'abe de fièvre, ce qui a permis à la malade de vaquer à toutes occupations, de faire de longs trajets à pied et en chemin er ; la ligature élastique a encore un autre avantage : c'est ne pas effrayer le malade. Préservera-t-elle mieux des récis ? On peut répondre que le cercle éliminatoire étant très e, un plus grand nombre de tissus seront éliminés.

es objections qu'on peut présenter à l'emploi de ce moyen liérèse, sont précisément l'étendue de la plaie qu'il cause et ngueur de l'élimination des parties sphacélées.

Prosper LEMAISTRE,
Professeur à l'École préparatoire, médecin à l'hôpital.

moges, 6 septembre 1884.

CORRESPONDANCE

TRAITEMENT DE LA SCARLATINE.

Très honoré Confrère,

ans le n° du 22 août du *Journal de Médecine*, vous donnez appréciation bienveillante de mon travail sur la scarla-, ce dont je vous remercie. Vous dites avoir fait usage de uinine dès le début de la maladie et avoir constaté une diution de l'intensité des accès.

ermettez-moi d'insister sur la vérité que je crois avoir dénitrée par une longue série d'observations pendant 40 ans. ai toujours constaté que le ferment scarlatineux se tradui- par des accès bien caractérisés, chaque accès retardant le précédent et coïncidant avec une poussée de l'éruption. i la quinine est donnée dès le début, les intervalles des accès t presque apyrétiques, et bien que leur intensité augmente,

) Thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 3 juillet 1878 rien Delahaye).

le dernier étant le plus prononcé, ils ne deviennent jam mortels : la quinine leur enlève leur action pernicieuse, d les scarlatines graves dites malignes.

Les accès sont au nombre de trois à quatre, le plus sou trois. Le premier se manifeste vers une heure de l'après-m le second entre trois et quatre heures, le troisième vers 9 h res du soir. Cette précision s'est rencontrée surtout dans d de mes observations. Le dernier accès, précédé d'une ap xie presque complète, est le plus violent ; il se termine le matin et complète l'éruption. Celle-ci a atteint son maxim de rougeur vive qui graduellement va passer au jaune oran

La marche de la scarlatine est régularisée par l'usage la quinine. Les accidents pernicieux se trouvent conjurés se produit une amélioration complète.

Si la quinine est indispensable, dans la période aiguë d scarlatine grave, elle l'est encore davantage contre les dents secondaires. Aujourd'hui ces accidents sont consid pour tous les auteurs comme la conséquence de l'impres du froid sur la peau devenue plus sensible après la période desquamation.

On oublie que le fait seul de l'éruption généralisée ex déjà une action sur les reins, et les prédispose à la néphr Cette néphrite s'accentuera non par l'action du froid, bien par la persistance dans le sang du ferment ou mic scarlatineux.

Cela est si vrai que l'œdème de la face se manifeste sou malgré les précautions les plus minutieuses et avant la c de l'épiderme.

Enfin, si la quinine est continuée, ces phénomènes de nép n'apparaitront pas.

Si, dans les cas légers, elle n'a pas été administrée, ell indispensable contre les accidents consécutifs. Je crois l'a complètement démontré, cette vérité ressort particulièrem du cas du docteur Lubanski que j'ai cité.

Je termine en priant mes confrères de tenir compte que j'ai avancé ; l'expérience démontrera si je suis dan vérité.

V. LE DIBERDE

Lorient, le 16 septembre 1884.

FORMULAIRE

elques réflexions sur la préparation du sirop de quinquina.

orsqu'on fait du sirop de quinna d'après la formule du Codex 1866, qui est restée la même illeurs dans celui de 1884, et on examine cette formule, on amené à faire les réflexions vantes :

our une seule fois que le Co donne, pour les sirops, le ds du produit que l'on doit obr, il indique, si je ne me trom une impossibilité.

n effet : Pour 500 gr. de quinna Calysaya (5 fois la dose de ormule), il faut obtenir, après lacement, 5.000 gr. de teinture. retire, à la distillation, 2 litres cilitres d'alcool à 61° pesant 2 s 170 gr. (il y a toujours un de perte, car le reste de la core demeure un peu alcoolique) omme il faut approximativet P. E. en poids, d'alcool à 60° 1° et d'eau distillée, pour obtede l'alcool à 30°, on retrouve s le bain-marie, après distilla à siccité, 2 kilos 500 de cola, qui laisse sur le filtre, enn 100 gr. de boue. Restent s 2 kilos 400, que l'on transne en sirop avec les 5 kilos de e prescrit. On passe ce sirop à mine ; et, en tenant compte de poration pendant la dissolu du sucre ; en tenant compte de la quantité de sirop absorbé par l'étamine, et de ce qui reste aux parois de la bassine, du poëlon, de l'éprouvette, etc., etc., etc. — perte qui ne peut pas, modestement, être exprimée à moins de 200 à 250 gr., il en résulte que l'on ne peut pas obtenir, au maximum, plus de 7 kilos 150 à 7 kilos 200 de produit.

Or, le Codex veut qu'on en obtienne 7 kilos 625, chiffre que l'on n'obtiendrait encore pas, même en ne tenant aucun compte des causes de perte énumérées ci-dessus, puisque l'on n'emploie que 5 kilos de sucre et 2 kilos 500 de colature = 7 kilos 500.

Dès lors comment faut-il opérer pour arriver au résultat du Codex?

Autre réflexion sur le même sujet.

La formule actuelle du sirop de quinquina est due, si ma mémoire est fidèle, à Messieurs Boudet et Soubeiran. Quelle était l'idée de ces deux maîtres éminents, en voulant qu'on traitât le quinquina par l'alcool qui dissout la résine, et les combinaisons du rouge cinchonique, avec les alcaloïdes du quinquina, faisant ensuite retirer l'alcool par distillation, et filtrant la colature refroidie, et devenue toute trouble, par le dépôt de la résine et du rouge cinchonique et

quinique, privés de leur dissolvant : dépôt qui reste abondant sur le filtre.

A quoi donc a servi alors l'intervention de l'alcool. Sinon à retirer au quinquina des produits qui restent ensuite sur le filtre et n'en trent pas dans le sirop ?

D'aucuns prétendent qu'en opé rant ainsi, on a sacrifié la qualit du sirop à son coup d'œil.

A. JULLIARD.

VARIÉTÉS

—

RÉORGANISATION DU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

C'est au ministère du commerce que sont spécialement confiée depuis de nombreuses années, la direction et la tutelle de la sant publique. Le système des institutions sanitaires qui relèvent de c département et qui comprend les médecins sanitaires en Orien les agences du littoral, la police des eaux minérales, les médecin des épidémies, les conseils et les commissions d'hygiène et de sa lubrité, est complété par l'établissement, au siège de l'administra tion centrale, d'un comité supérieur qui a pour mission d'éclaire l'autorité dans toutes les questions sanitaires et qui est comme l grand conseil de l'hygiène publique.

C'est à la République de 1848 que revient l'honneur d'avoir in titué ce comité qui a rendu depuis sa fondation les services les plu signalés. Créé par un arrêté du chef du pouvoir exécutif du l août 1848, le comité a subi des modifications successives et trouve actuellement régi par un décret du 14 octobre 1879.

Il m'a paru que l'organisation actuelle du comité était suscep tible de recevoir certaines améliorations destinées à accroître s moyens d'action et à augmenter sa légitime autorité. Après avo pris l'avis des hommes les plus compétents en ces matières, j'ai r digé le projet de décret suivant qui réorganise le Comité consult tif d'hygiène publique de France et que j'ai l'honneur de soumett à votre haute approbation.

Ce projet de décret contient plusieurs innovations importan sur lesquelles je crois utile d'insister.

Le Comité se compose, comme par le passé, de membres de droit égeant en raison de leurs fonctions, et de membres nommés par ministre parmi les savants, les médecins, les chimistes, spécialeent désignés par la nature de leurs travaux. Actuellement, le miistre procède directement à ces nominations. J'ai pensé qu'il y urait avantage à restituer au Comité le droit de présentation qui i a appartenu jusqu'en 1879. La nomination faite directement r le ministre a l'inconvénient grave de laisser croire que le Coité n'a point, dans l'étude des questions qui lui sont confiées ne indépendance suffisante vis-à-vis de l'administration. Bien que reproche n'ait jamais été justifié, j'estime qu'il convient de le ndre impossible, et j'ai l'honneur de vous proposer de décider ue désormais les membres du Comité nommés par le ministre le ront sur une liste de présentation dressée par le Comité tout enr et portant trois candidats pour chaque emploi vacant.

Une autre disposition sur laquelle j'appellerai votre attention est lle qui institue des auditeurs auprès du Comité consultatif d'hyène publique. Assistant aux délibérations du comité, prenant part ses travaux, les auditeurs pourront ainsi se préparer à entrer us tard dans les divers services de l'hygiène avec les connaisnces et l'expérience nécessaires. Ce sera une pépinière qui a fait squ'à présent défaut pour le recrutement du personnel sanitaire tous les degrés. Ces auditeurs, dont les fonctions seraient gratui-, seraient nommés par le ministre du commerce, sur la propoion du Comité, et pour une période de trois ans, et toujours reuvelable.

A côté du Comité, et pour servir de trait d'union entre l'adminisation et lui, je vous propose d'instituer un comité de direction s services de l'hygiène, qui serait composé du président du mité d'hygiène, de l'inspecteur général des services sanitaires et directeur du service compétent. Ce comité aurait pour mission étudier les solutions à donner par l'administration à toutes les faires ressortissant au service de la police sanitaire, sauf, bien tendu, à en référer, comme aujourd'hui, au Comité lui-même, ur toutes celles qui présenteraient une certaine importance. En us proposant d'établir ce comité, qui constituera un conseil peranent, mon but est de donner aux affaires de l'hygiène une direcon homogène s'inspirant des principes de la science médicale. Il y aura plus une seule question, si modeste qu'elle puisse être,

dont la solution n'ait été préparée par des hommes compétents
Je ne m'arrêterai pas aux autres dispositions du projet du décret, qui s'expliquent suffisamment d'elles-mêmes, et qui son empruntées pour la plupart aux règlements existants. Tel qu'il est ce projet me paraît réaliser un progrès sérieux. J'aurai d'ailleur l'honneur de vous soumettre prochainement un ensemble de dispositions en vue de réorganiser les services extérieurs de l'hygiène et de leur donner la vitalité et la force dont ils ont besoin pour veiller efficacement à la sauvegarde de la santé publique.

DÉCRET

ARTICLE PREMIER. — Le Comité consultatif d'hygiène publique de France, institué près du ministère du commerce, est chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre, spécialement en ce qui concerne :

La police sanitaire maritime, les quarantaines et les services qui s'y rattachent ;

Les mesures à prendre pour prévenir et combattre les épidémies et pour améliorer les conditions sanitaires des populations manufacturières et agricoles ;

La propagation de la vaccine ;

Le régime des établissements d'eaux minérales et le moyen d'en rendre l'usage accessible aux malades pauvres ou peu aisés ;

Les titres des candidats aux places de médecins-inspecteurs des eaux minérales ;

L'institution et l'organisation des conseils et des commissions de salubrité ;

La police médicale et pharmaceutique ;

La salubrité des logements, manufactures, usines et ateliers ;

Le régime des eaux au point de vue de la salubrité.

Le comité indique au ministre les questions à soumettre à l'Académie de médecine,

Il est publié, chaque année, un recueil des travaux du Comité et des actes de l'administration sanitaire.

ART. 2. — Le Comité consultatif d'hygiène publique est composé de vingt-trois membres.

Sont de droit membres du comité :

1° Le directeur des affaires commerciales et consulaires au ministère des affaires étrangères ;

2° Le président du conseil de santé militaire ;
3° L'inspecteur général, président du conseil supérieur de santé la marine ;
° Le directeur général des douanes ;
° Le directeur de l'administration générale de l'Assistance pu-que ;
° Le directeur du commerce intérieur au ministère du com-rce ;
° L'inspecteur général des services sanitaires ;
° L'inspecteur général des écoles vétérinaires ;
° L'architecte inspecteur des services extérieurs du ministère du nmerce.

e ministre nomme les autres membres, dont huit au moins sont parmi les docteurs en médecine.

In cas de vacance parmi les membres nommés par le ministre, nomination est faite sur une liste de trois candidats, présentée le Comité.

RT. 3. — Le Président et le vice-président, choisis parmi les nbres du comité, sont nommés par le ministre.

RT. 4. — Un sécrétaire, ayant voix délibérative, est attaché au nité. Il est nommé par le ministre,

n secrétaire-adjoint peut, si les besoins du service l'exigent, être ché au Comité ; il est également nommé par le ministre ; ses ctions sont gratuites.

e chef du bureau de la police sanitaire et industrielle assiste, c voix délibérative, à toutes les séances du Comité et de ses com-sions.

RT. 5. — Le ministre peut autoriser à assister aux séances du nité, avec voix consultative et à titre temporaire, soit les fonc-naires dépendant ou non de son administration, soit les doc-s en médecine ou toutes autres personnes dont la présence se-reconnue nécessaire pour les travaux du Comité.

RT. 6. — Des auditeurs peuvent être attachés au Comité avec consultative. Ils sont nommés par le ministre, sur les propo-ns du Comité et pour une période de trois ans toujours renou-ble. Leurs fonctions sont gratuites.

RT. 7. — Le ministre peut nommer membres honoraires du nité les personnes qui en font partie.

Art. 8. — Le Comité se réunit en séance au moins une fois
semaine.

Il se subdivise, pour l'étude préparatoire des affaires, en com
sions dont le nombre et la composition sont arrêtés par le prési
Ces commissions se réunissent sur la convocation du présiden

Art. 9. — Il est institué près du ministère du commerce u
mité de direction des services de l'hygiène composé du prési
du Comité consultatif d'hygiène publique, de l'inspecteur gé
des services sanitaires, et du directeur du commerce intérieur

Le chef du bureau de la police sanitaire et industrielle as
avec voix consultative, aux séances de ce comité.

Art. 10. — Les membres du Comité consultatif d'hygiène p
que et du comité de direction des services de l'hygiène ont
pour chaque séance à laquelle ils assistent, à un jeton d'une v
de 15 francs.

Le secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique ne
pas de jetons de présence : il touche une indemnité annuel
est fixée par arrêté du ministre.

Art. 11. — Sont rapportés les décrets susvisés des 23 oc
1856, 5 novembre 1869, 15 février 1879, 7 et 14 octobre 18
mars 1881 et 8 mars 1884.

Art. 12. — Le ministre du commerce est chargé de l'exé
du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois*.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANT

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 octobre 1884. — Présidence de M. Larre

M. Legouest présente de la part de M. Masson, ph
macien-major de l'armée, un travail manuscrit sur le rô
sang en médecine légale. (Comm. : MM. Legouest, C
Brouardel.)

Le choléra. — M. de Villiers a eu l'excellente id
recueillir un assez grand nombre de documents sur l'

mie du choléra qui a sévi dans le midi de la France. La région sur laquelle a porté cette enquête est limitée au nord par les villes d'Embrun, Digne, Sisteron, Valence et Aubenas ; par tout le littoral pour les limites inférieures. Cinquante médecins ont répondu aux questions de M. de Villiers.

M. de Villiers a posé à ses correspondants, médecins de la compagnie de Lyon, plusieurs questions :

A quelle cause générale et locale attribue-t-on l'invasion du choléra dans votre région et quel a été le mode de contamination ?

La plupart des réponses admettent l'importation et la contagion. Quelques-unes seulement admettent la genèse sur place. A Aix, M. Bourguet, M. Rimbaud et M. Dargelos sont anticontagionnistes. M. de Villiers cite encore plusieurs médecins de Montpellier, de Lunel et de Manosque.

Les contagionnistes sont au nombre de 39, mais quatre ou cinq sont un peu incertains ; vingt autres donnent des preuves au compte de la contagion du choléra.

La seconde question posée était celle-ci :

Quelle a été la durée de l'incubation de la maladie ? Ces recherches ont porté sur quinze mille individus environ, appartenant à la compagnie P. L. M. Pendant les sept premiers mois de janvier à juillet, les maladies intestinales ont donné en 1883, 2833 malades avec 2 décès ; tandis qu'en 1884, elles ont donné 2721 avec 11 décès, soit une différence de 112 malades en faveur de 1883. Les troubles digestifs se sont montrés dans les trois quarts des cas ; mais ils ont manqué dans un quart des cas environ. C'étaient alors des cas foudroyants et à forme asphyxique, sans diarrhée préalable.

Quelles causes ont favorisé le développement de la maladie, et quelles conditions ont assuré l'immunité ? Pour tous les médecins, il est incontestable que la qualité plus ou moins défectueuse des eaux, la malpropreté des locaux, le manque de soins personnels, la peur, la mauvaise alimentation, la misère physiologique, ont été les principales causes ayant favorisé le développement du choléra. Il faut y joindre les excès de boisson provoqués par les grandes chaleurs.

Là où les eaux étaient de bonne qualité et suffisamment abondantes, le choléra n'a pas exercé de ravages. Certaines

localités paraissent avoir été exemptes du choléra, grâce à verses conditions hygiéniques.

Le personnel de la compagnie P. L. M. dans cette ré comprend 15 000 individus. Il n'y a eu que 30 décès par le léra ; ces résultats, relativement heureux pour des emplo constamment en rapport avec les individus et avec les ob provenant des pays infectés, tiennent aux mesures qui on prises.

Dans toutes les gares un peu importantes, un service surveillance était exercé par les médecins de la Compagnie

M. LE SÉCRÉTAIRE PERPÉTUEL communique une note man crite envoyée par M. SIRUS-PIRONDI, correspondant à Marse D'après une enquête faite à Solliès-Pont, par le Dr Gér est facile de retrouver la porte d'entrée du choléra dans c localité. Le 1er juillet entrait à Soliès le premier malade, Piémontais, parti de Toulon, qui se trouvait malade en ro et qui mourait le 8 à l'hôpital de Soliès. Plusieurs foyers sont ainsi formés successivement. Jusqu'au 28 septembre décès ont été signalés à l'état civil ; la plupart de ces décès eu lieu dans le voisinage de canaux très sales, de ruisse souvent à sec et mal curés.

Dans un village situé près de Soliès-Pont, l'épidémie a é après l'arrivée dans ce village d'une famille venant de Tou et apportant de nombreux objets, entre autres du linge sal

M. Géry conclut : 1° que la santé générale dans le canto Soliès-Pont était bonne au moment du début de l'épidémi Toulon ; 2° que l'épidémie de Soliès-Pont a été causée par l rivée de personnes venant de Toulon.

M. RICORD veut simplement faire une profession de f dire son *credo* sur le choléra. Son opinion date de loin. En 1 M. Ricord se trouva seul à la tête d'un hôpital de 600 lits. malades cholériques sont venus successivement remplace spécifiques ; aucun de ces spécifiques, aucun des infirm n'ont été malades. On a été jusqu'à penser que l'hôpital même et les traitements qu'on y employait étaient des pré vatifs du choléra. Cette idée a même été mise en pratique, abandonnée.

A la même époque, M. Ricord faisait à l'amphithéâtre Piété un cours de médecine opératoire où venaient beau

'élèves anglais et américains. On prenait n'importe quels cadavres. Aucun de ces élèves n'a été atteint. Le cours a cependant été suspendu par ordre du préfet de police.

Depuis, M. Ricord n'a rien vu qui pût entraîner dans son esprit la conviction à la contagion. Dans toutes les épidémies, s personnes placées au contact des cholériques n'ont pas eu ne mortalité plus grande que les personnes éloignées. M. Ricord reste donc convaincu que le choléra n'est pas un fait de ntagion ; il y a là quelque chose qui dépend de ce qu'on apelle le génie épidémique. Nous n'avons pu trouver la fissure ir laquelle le choléra a pénétré en France. M. Ricord croit la spontanéité de la maladie.

M. Ricord est très sérieusement opposé aux quarantaines : les sont vexatoires et elles n'empêchent rien. Il serait cepenant partisan des quarantaines qui auraient pour but d'empêer des gens bien portants de pénétrer dans des foyers épidéiques.

Des eaux alimentaires distribuées à la banlieue ord et au XVIII[e] arrondissement de Paris. — M. AREMBERG. Le spectacle des bords de la Seine, entre Clichy, int-Ouen et Saint-Denis, est révoltant pour les yeux et pour dorat. On sait que le quart des matières excrémentitielles de ris passe dans les égouts.

Au niveau de l'embouchure du grand collecteur, le petit bras la Seine ressemble réellement à une fosse d'aisances, des dégements de gaz s'effectuent constamment sous forme de lles grosses comme des oranges. C'est là que la ville de Pa- puise les eaux destinées à Montmartre. Tout le long de la mmune de Saint-Ouen, la Seine laisse échapper une foule bulles de gaz. Au niveau de la prise d'eau de Saint-Ouen, Seine est encore plus infecte qu'au niveau de la prise d'eau Montmartre. Dans l'intervalle de ces deux prises, il y a cinq bouchures d'égout. Au niveau même de la prise d'eau est bli un lavoir.

M. Daremberg a pris divers échantillons de ces eaux dans la ne et dans les bornes-fontaines desservies par ces prises au, à Aubervilliers, Saint-Denis, Saint-Ouen et Levalloisrret. Les analyses montrent que l'eau contient des quanti- considérables de matière organique dépassant 20 milli-

grammes par litre, au lieu de 1 milligramme à peine qu
vent contenir des eaux potables. Il y a trente ans, cette
analyse, faite par Ossian Henry, n'avait donné que 4
grammes. On voit l'augmentation qui s'est faite en 30 an
individu qui boit deux litres de cette eau par jour boit ch
jour 1/8 de centimètre cube de matière fécale, soit 1 centi
cube par semaine.

M. Daremberg se demande s'il est permis, à la fin d
siècle, d'aromatiser des eaux alimentaires avec des ma
fécales et même d'arroser les rues avec cette eau.

M. Gautier. Le conseil d'hygiène publique et de sal
s'est déjà préoccupé de cet état, surtout au début de l'épi
de choléra. M. Alphand s'est engagé à distribuer à to
ville des eaux de source ou des eaux de Seine prises en a
Ce que demande M. Daremberg est donc praticable. M.
thier est chargé avec M. Julien, ingénieur en chef des
et M. Riche, de la question des vidanges qui passent p
usines, et doit chercher à savoir ce que deviennent ces vid
Aujourd'hui, les compagnies de vidange ont des procédé
détruire complètement les matières fécales, sans les jet
Seine. Toutes ces questions sont dignes du plus grand i

M. Bouley. Le fait est éclairé par l'expérience de G
villiers. Il faudrait que les eaux des égouts, au lieu d'a
jeter dans la Seine, fussent répandues dans des champs c
à Gennevilliers. C'est là qu'est la véritable solution. Ac
ment, les difficultés administratives paraissent être lev
bientôt Achères commencera à fonctionner.

M. Lunier. Il est inadmissible que l'on donne aux Pa
des eaux souillées de matières fécales.

M. Brouardel. Nous sommes tous d'accord sur ce
Nous serons également d'accord sur ce second que la v
de Paris doit cesser d'envoyer ses déjections dans la
Mais nous différons d'avis sur la question de savoir si au
de Paris, que l'on enverra se purifier dans les champs,
joindre les matières fécales. La solution que précon
Bouley n'a pas encore une évidence qui entraîne la con

Berlin pratique le tout-à-l'égout et l'épuration par les c
Dans Paris il faudrait que le champ d'épuration fût auss
que Paris lui-même. A Berlin, où il y a un hectare p

abitants, cela ne peut encore suffire et, l'an dernier, la ville ait en pourparlers pour acheter dans le même but une ferme 4,000 hectares.

M. Rochard rappelle que les eaux de la Seine ne sont pas ules souillées ; il en est de même des eaux de la Marne. u dessus de l'embouchure de la Marne dans la Seine, il y a ouze ou quinze communes dont la population totale s'élève à ,000 habitants, et qui toutes envoient leurs déjections dans rivière.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE.

Séance du 28 *mai* 1884. — Présidence de M. Michel.

Le procès-verbal de la précédente séance est mis aux voix adopté.

M. le président communique à la Société la lettre dans laelle M. Barette remercie la Société de l'avoir reçu membre ulaire et s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, retenu 'il est par le concours pour le protectorat.

M. le président propose ensuite l'envoi d'une lettre de félicitions à M. Boucheron, nommé récemment chevalier de la gion d'honneur. (Adopté.)

La correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de le Dr Percepied, médecin du Mont-Dore, posant sa candidare au titre de membre titulaire : M. Percepied, présenté par M. Bonnefoy et Cyr, adresse, à l'appui de sa candidature, une ude sur le *Catarrhe des premières voies respiratoires et ses pports avec l'asthme* et une brochure sur la Mydriase ; 2° e lettre de M. le Dr Gilson, posant également sa candidature mme membre titulaire, et présenté par MM. Bonnefoy et oin : M. Gilson adresse à l'appui sa thèse sur la *Cirrhose alolique graisseuse* ; 3° une lettre de M. F. Vigier, pharmacien, sant sa candidature appuyée par plusieurs ouvrages qui sent communiqués : M. F. Vigier est présenté par MM. E. Miel et Tripet.

La correspondance imprimée comprend : Cinq numéros de la *evue médicale française et étrangère* ; deux numéros de *Art dentaire* ; une Note de l'Association française pour l'avanment des sciences, intitulée : *Informations et documents dirs* ; un numéro du *Bulletin médical du Nord* ; deux numés de la *Revue médicale et scientifique d'Hydrologie et de Cli-*

matologie pyrénéennes; un mémoire sur la *Cure du D*
ment de la Rétine par l'Iridectomie, par le Dr Raffaël Cast
professeur d'ophtalmologie et de clinique oculistique à l'U
sité de Naples, et le Discours prononcé par M. Fallière
nistre de l'instruction publique à la séance générale du C
des Sociétés savantes.

M. Bonnefoy donne lecture de son rapport sur la ca
ture de M. le Dr Cotté. Le rapport conclut à l'acceptati
candidat.

Le rapport moral, présenté par M. Delefosse, conclut d
même sens.

La Société décide que le rapport de M. Bonnefoy sera
voyé au comité de publication.

M. Paulin lit un travail sur l'*Œsophagisme, à la suit*
cidents de Dents de Sagesse.

Il s'agit d'une dame, âgée de 53 ans, atteinte, depuis s
bre 1882, d'une fluxion siégeant au niveau de la dent de
du bas côté gauche : cette fluxion,qui persista assez long
fut suivie de trismus. Survint ensuite le spasme de l'œso
qui persiste encore aujourd'hui. En même temps se dév
au niveau du milieu du sterno-mastoïdien, un abcès
ouvert : depuis deux ans, il est resté un orifice fistuleu
sant échapper un pus séro-sanguinolent, surtout pend
repas. On sent à ce niveau, en pinçant la peau, un traje
leux à parois très épaisses, qui va directement aboutir a
cines de la dent de sagesse, en passant sous le maxillair
rieur.

La dent de sagesse paraît enserrée dans une bride
qui, seule, gêne son évolution.

Suivant M. Paulin, l'extraction de cette dent amèner
prompte guérison de l'abcès par congestion et des ac
qu'il occasionne du côté de l'œsophage.

Il exprime l'espoir que la malade consentira enfin à
l'opération; s'il en est ainsi, M. Paulin tiendra la Soc
courant du résultat.

M. Michel fait observer qu'il y a eu plutôt difficu
déglutition par un abcès de voisinage, qu'œsophagism

M. Paulin répond qu'il croit à un réflexe ; c'est auss
nion formulée par MM. Bonnefoy et Delefosse.

La parole est à M. Groussin pour la lecture de son travail ur : l'*Iodure de potassium dans les Anévrysmes en général*, , *en particulier*, *dans l'anévrysme de l'aorte.*

M. Groussin commence par un aperçu historique sur la quesion. Il signale les opinions de Astley Cooper et de plusieurs iteurs anglais qui se sont occupés de la question.

L'observation de la malade traitée par M. Groussin sera mmuniquée ultérieurement.

M. Huchard, à propos du traitement des anévrysmes de orte par l'iodure de potassium, dit que l'iodure est un mécament qui s'adresse essentiellement aux lésions artérielles. Il signale, à ce propos, une dilatation aortique observée chez malade atteint d'aortite concomitante (le malade était syilitique). On institua le traitement par l'iodure de potassium. put suivre, en très peu de temps, la diminution progrese de la dilatation aortique, aujourd'hui guérie : or, au dét de la maladie, l'aorte dilatée dépassait de trois centimètres dehors le bord droit du sternum.

Pour M. Huchard, il est démontré que l'iodure réussit aussi n dans les lésions artérielles non syphilitiques que dans les ions spécifiques.

M. Groussin cite le cas d'une cardiaque chez laquelle les pressions et les malaises ont cédé à l'administration de l'iore de potassium.

M. Huchard, à propos des affections cardio-aortiques, fait e différence entre les lésions aortiques d'origine endo-carques et les lésions aortiques d'origine artérielle, celles-ci nt tributaires du traitement par l'iodure.

Dans les insuffisances mitrales d'origine fonctionnelle, c'est digitale qui est indiquée et non l'iodure.

Dans les insuffisances mitrales d'origine organique athéroteuse (chez les rhumatisants, par exemple), pas de digitale. devra, de préférence, s'adresser à l'iodure.

M. Michel trouve la dose d'iodure donnée aux malades silés par M. Groussin un peu forte (six à sept grammes par r).

l cite un cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte traité par dure à la dose de 0,25 à 0,50 centigr. par jour, chez un lade qui ne put tolérer son administration prolongée.

M. Huchard donne de petites doses. Il donne l'iodure d dium. Il signale des susceptibilités individuelles que l'o peut expliquer. Il a pu pousser jusqu'à 7 grammes par chez certains malades.

D'une façon générale, M. Huchard croit que la dose doi rier de 0,50 centigr. à 1 gr. et 1 gr. 50.

M. Huchard dit que l'iodure réussit souvent dans les fo dyspnéiques, ce qui avait fait croire à un médecin anglai l'asthme était dû à une lésion des extrémités périphériqu artères pulmonaires.

M. Groussin, à propos de la tolérance pour les médicam dit qu'il fait toujours prendre l'iodure aux repas. Il dem à M. Huchard ce qu'il pense du traitement par l'iodure d cas d'hypertrophie simple du cœur.

M. Huchard répond que, dans les cas de myocardite nique, sans lésion mitrale, avec arythmie cardiaque, o disparaître les accidents par l'administration de la digita

Si, au contraire, il y a une lésion athéromateuse, il y lieu de donner l'iodure.

M. Huchard parle ensuite des succédanés de l'iodure.

Dans les cas où les iodures de potassium, ou de sodiu lui-ci étant généralement mieux supporté), ne sont pas t M. Huchard donne la teinture d'iode, jusqu'à trente g par jour.

M. Huchard donne ensuite à la Société des nouvel M. Labarraque, qui va bien en ce moment.

Le vote pour l'admission de M. le Dr Cotté au titre de bre titulaire, donne *oui* à la majorité absolue des suffra

La séance est levée à 5 h. 40 minutes.

Le secrétaire annuel, Dr Tr

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE

ÉTUDE SUR LE PAYS ET SUR LES EAUX DU MONT-DO (AUVERGNE) (*Suite et fin*)

Par M. Labat.

L'eau de la Madeleine est diurétique à un certain deg phoritique pour ceux qui se baignent ou font de l'ex

ctive et régularise la fonction menstruelle; enfin elle fait ir les animaux qui en boivent (Bertrand).

s en avons dit assez pour établir l'importance de la bois- les bains sont le fond de la médication et, parmi ceux- bains chauds ou hyperthermaux. Autrefois on se plon dans la grotte de César bouillonnante et brûlante où l'on vait des symptômes d'asphyxie et des syncopes dange- . Les bains du Pavillon furent administrés avec plus de de par Michel Bertrand, l'une des personnalités les plus es dans l'histoire de l'hydrologie. On peut presque dire réa le traitement du Mont-Dore. Durant son long inspecto- 05-1857) il mania avec audace et avec succès les grands dangereux et salutaires à la fois, lesquels ont mis en lu- ces thermes célèbres ; il redoutait de les voir tomber en ude au profit des bains tempérés. Or ses craintes se sont tie réalisées par la propagande de Richelot en faveur des tempérés. Quelques-uns cependant, tels que Chabory ond, restent fidèles à la vieille doctrine.

bains des cuves, disions-nous plus haut, n'ont que 40 à rés et non pas 44. C'est un chiffre assez élevé, et dans ngues pérégrinations vers les thermes de l'Europe, je l'ai ent vu dépasser : les piscines turques des bains de Pesth ent 42 ; la piscine de Lucasbad le dépasse ; il en est de de la piscine de Kingbath, à Bath, en Angleterre; mais il server qu'on s'y baigne à l'air libre. La piscine de Frauen- Teplitz est la plus chaude que j'aie rencontrée ; j'ai noin d'accidents graves chez les femmes indigentes.

lurée du bain des cuves ne dépassait pas 15 minutes du de Bertrand ; Mascarel et autres s'arrêtent à 10 ; ils dé- ordinairement par des demi-bains. Je trouve, pour ma ue ces bains sont difficiles à supporter à cause de l'espace t de la buée de vapeur qui se concentre entre les ri- . J'ai été obligé de me contenter du 5 bis. 38 à 39°, qui ne nné que quelques bouffées de chaleur et un peu de cé- gie.

nd on entre aux N°s 2 et 3, les plus chauds, la face se co-

lore, la peau devient turgescente, la respiration anxi
pouls s'élève jusqu'à 100 ; Joal a constaté une élévat
degré dans la température du corps. Un peu plus tar
la période de sudation et de détente. Le malade frictio
veloppé de couvertures et rapporté dans son lit, con
transpirer et éprouve alors du bien-être. — Les choses
pas toujours aussi bien ; quelques malades ne peuven
le temps voulu ; Chabory a observé des syncopes co
trefois à la grotte de César. On dit que les gens âgés
pérament placide supportent mieux cette épreuve. L
vigoureux chez qui la diaphorèse ne s'établirait pas se
danger.

Bertrand se rendait compte physiologiquement de
faisait ; tout en reconnaissant la part du gaz carbo
savait l'importance de cette haute température appli
l'étendue de la surface cutanée et la surexcitation des
fonctions ; il voulait la sudation. En un mot, il faisait
drothérapie chaude. Ajoutons qu'il regardait comme
signe le rétablissement de la sueur aux parties malad

Les paysans du pays ont un goût prononcé pour ce
balnéation ; ils le pratiquent dans les piscines du rez-
sée dont la chaleur se rapproche des cuves.

Les bains tempérés ont pris une si grande extensi
ont nécessité la construction des deux nouveaux pav
Nord et du Midi. Bertrand les donnait comme prépar
grands bains chez les sujets bilieux et mélancoliqu
Richelot, ils sont devenus le traitement balnéaire ha
prescription est de 34 à 36°, qu'on obtient par le mé
l'eau de Ste-Marguerite et aussi de la Montagne. La
jaune sale due à la décomposition des bicarbonates
point l'œil et le gaz n'y est pas abondant. Les baigneu
sent d'une heure, y compris les soins de toilette. J'e
une douzaine sans observer rien de spécial. Ils m'ont
rement toniques ; mais ils n'ont rien d'onctueux et n'
sent pas la peau ainsi qu'on l'a dit.

Si les grands bains n'occupent plus leur ancienne p

le traitement, il est vrai de dire que les inhalations ont grandi de jour en jour au point de produire une révolution ; les huit salles très vastes ne suffisent plus.

Nous avons vu que les malades aspiraient les vapeurs forcées de la Madeleine, et que la buée de ces vapeurs et le degré de chaleur rapprochaient ces salles d'étuves modérément chauffées, que la présence des éléments minéralisateurs y avait été reconnue. Les inhalations s'administrent le matin, moment le plus favorable pour les médications énergiques. Leur durée est de 15 à 45 minutes, et l'on est trop disposé à les prolonger au delà de l'ordonnance, d'où la céphalalgie, les vertiges et les syncopes. J'en ai observé un cas chez une dame qui, en dépit de mes avis, ne voulut jamais limiter son séjour à 1/2 heure.

En entrant dans les salles un sentiment de gêne se fait sentir dans la respiration ; plusieurs personnes toussent comme si la vapeur était irritante. Au bout d'un temps assez court la tolérance s'établit avec sentiment de bien-être ; la toux se calme et la gorge s'humecte ; la transpiration commence et se continue au lit dès que le malade est retourné chez lui, toujours encapuchonné et dans la chaise à porteur. Cazalis s'étend avec complaisance sur ce sentiment de bien-être lié à la sudation. Il n'y a dans ces faits rien de spécial aux inhalations du Mont-Dore, et cette sensation se retrouve sur le lit de repos du hamman.

Peu de choses à dire des médications accessoires ; les douches d'eau chaude exercent leur action ordinaire sur l'organisme ; les pédiluves un peu trop courts (5 minutes), sans doute parce qu'il faut faire place aux autres, sont un bon révulsif dans un traitement qui congestionne la tête et la poitrine, j'entends à titre d'effet transitoire et non d'effet final. Ils ne sont pas sans inconvénients dans quelques affections de matrice. Les douches ascendantes avec leur température de 42 à la canule dégagent vivement le rectum, bonne condition pour aller au bain chaud ; on les néglige trop. Les douches nasales avec l'appareil de Weber sont au contraire en honneur.

Tels sont les principaux traits de la cure ; appliquée dans

sa rigueur, elle imprime à l'organisme une vive secousse, met en jeu les grandes fonctions, renouvelle les matériaux par les déperditions sudorales, modifie les surfaces cutanées et respiratoires. Il en résulte un besoin de réparation des forces par une bonne alimentation. Les accidents de fièvre thermale et de poussée ne sont pas aussi fréquents que la théorie pourrait le faire supposer. L'ancien traitement durait de 10 à 20 jours au plus ; actuellement il est encore compris entre 15 et 20 jours ; il pourrait se prolonger au cas où les grands bains et les grandes douches ne sont pas employés. Il y avait un lien étroit entre le traitement de Bertrand et la courte durée de la saison thermale; les vieilles habitudes survivent aux vieilles méthodes.

Certains phénomènes d'excrétions ou d'éruptions ont été appelés crises : par exemple, l'apparition des sables dans l'urine (Mascarel) durant le second septenaire et les exanthèmes, vésicales, furoncles, etc.

Indications. — Les indications dominantes sont renfermées dans le double cadre des maladies des voies respiratoires et du rhumatisme. Depuis bien longtemps les gens du pays viennent guérir leurs douleurs à la piscine et leurs catarrhes à la buvette de la Madeleine; on y traite même les refroidissements récents, en prenant l'eau thermale en guise de tisane ; j'ai observé le même fait à Baden-Baden.

Il est possible de voir au Mont-Dore toute la série des choryzas, angines et catarrhes chroniques depuis l'entrée des fosses nasales jusque dans la profondeur des bronches. Nous ne voulons toucher que quelques points de cette vaste clinique. Nous insisterons avant tout sur la phthisie pulmonaire.

Si l'on se reporte aux idées anciennes sur l'hygiène des phthisiques que l'on envoyait aux plages abritées et dans les pays chauds, on conclura avec Durand Fardel contre le Mont-Dore, endroit élevé, climat froid et humide; on y redoutera les crachements de sang, symptôme du mal de montagne, etc. Des recherches nouvelles ont modifié les opinions médicales : la rareté de la phthisie sur les plateaux élevés de Mexico, de la Bolivie et, plus près de nous, de l'Engadine ayant été recon-

nue, les phthisiques ont été dirigés vers ces lieux élevés qui leur étaient interdits: Saint-Moritz et Pontresina, 1,800 mètres; Penticosa, 1,600; Davos, 1,550; Monte Generoso, 1,300, etc., D'après Fuchs et Hirsch, la zone favorable commencerait à 1,000 ou 1,200, beaucoup plus bas si l'on en croit Brehmer; il est vrai que son sanatorium de Gobersdorf, en Silésie, n'atteint pas 600. Weissenburg, dans le canton de Berne, n'est qu'à 900. Cela posé, au point de vue de l'altitude, le Mont-Dore serait dans la zone favorable. D'autre part, n'oublions pas que la plupart de ces stations élevées se caractérisent par les abris, par le calme et la sécheresse de l'air, conditions plus rares en Auvergne. Peut-être serait-il possible de trouver un bon endroit pour un sanatorium sur les plateaux élevés de cette contrée ; cela demanderait étude comparative et réflexion.

Il est important d'établir ce fait que le Mont-Dore (1,050 mètres), et que les plateaux voisins (1,200 à 1,300) ne donnent lieu à aucun des symptômes fâcheux des grandes hauteurs, troubles de la respiration et de la circulation dont l'importance a, du reste, été exagérée. A 1,000 mètres, l'air contient 0,88, de la quantité normale d'oxygène, ce qui affecte peu la diète respiratoire.

Les anciens praticiens, de Brieude et Bertrand, étrangers aux considérations théoriques sus-mentionnées, disaient que l'air vif et pur de leurs montagnes ne nuisait pas aux poitrinaires et ne disposait point à l'hémorrhagie bronchique. Elle guérissait, au contraire, quand elle dépendait de la faiblesse du tissu pulmonaire. Quel que fût leur enthousiasme pour l'agent qu'ils manœuvraient si bien, de Brieude et Bertrand ne se dissimulaient pas les contre-indications telles que la période congestive au début, les sueurs profuses, la diarrhée, etc. Il faut, disait de Brieude, laisser s'éteindre dans leurs familles les malheureux arrivés au troisième degré ; il faisait une exception pour une forme de phthisie sèche appartenant à cette période.

En vertu d'une tradition non interrompue, les tuberculeux sont venus, de tout temps, chercher le soulagement ou la guérison dans cette station célèbre. Les médecins qui y pratiquent aujourd'hui sont unanimes sur les indications nombreuses

relatives à la plus meurtrière des maladies chroniques de poi
trine ; consulter à ce sujet le mémoire de Patissier (tome IV
des *Annales*). Les demi-bains chauds sont un excellent révul-
sif par rapport aux organes sus-diaphragmatiques ; les bain
chauds font un appel à la peau, substituent une transpiration
normale et de bon aloi aux sueurs morbides ; les inhalation
modifient directement les surfaces muqueuses des voies aérien
nes toujours en souffrance. Une bonne direction de moyen
énergiques et qui sembleraient devoir exciter l'état fébril
amènent, au contraire, du calme et de l'apaisement. Les mu
queuses et les parenchymes se décongestionnent, pour prendr
le langage des médecins du Mont-Dore. Ils m'ont montré plu
sieurs malades visiblement améliorés, et comme l'amélioratio
est rapide, un séjour de quelques semaines m'a permis de con
tater le fait. — Je vis un jeune prêtre ayant des granulation
tuberculeuses sur les cordes vocales : il allait tous les jours au
inhalations et alternait le bain chaud avec la douche. Depu
trois ans qu'il suivait cette prescription, il était notablemen
mieux. — Un chirurgien militaire, affecté d'ulcérations tube
culeuses de l'épiglotte et des cordes vocales éprouvait un gran
soulagement aux inhalations ; il buvait 2 verres et se plon
geait dans les cuves pendant 8 minutes sans trop de fatigu
En quelques jours, la déglutition était devenue facile. —
pourrais aussi dire l'histoire d'un jeune avocat porteur de tu
bercules crus que la Raillère avait excités et à qui le Mon
Dore rendit assez vite le calme et le sommeil.

L'observation a donc établi que le climat du Mont-Dore n'
tait pas préjudiciable aux phthisiques ; que les symptôm
principaux étaient amendés ; que certaines hémoptysies di
paraissaient ; que l'état général de ces malades se transfo
mait ; enfin qu'il y avait quelquefois des guérisons.

Les médecins du Mont-Dore ne se sont pas contentés de p
blier ces résultats : enhardis par la vogue croissante des inh
lations qui attire la foule chez eux, ils ont mis au jour la thé
rie de l'arsenic dont ils ont fait une sorte de spécifique, o
voulu prouver que l'arsenic agissait dans leurs eaux avec u

qu'il n'avait pas ailleurs, lui ont attribué des vertus tives, décongestionnantes, sédatives que les physiologis- lui avaient pas reconnues. Ils ont presque nié la valeur agent dans l'eau de la Bourboule, la plus arsenicale que ossédions. D'autre part, ils ont accusé les eaux sulfu- d'irriter, de congestionner les muqueuses et les paren- s et de déterminer des hémorrhagies.

devait naître et s'est élevée, en effet, une vive polémique a Bourboule et les Eaux-Bonnes. Les Eaux-Bonnes doublement visées, premièrement comme en possession e unique de la guérison des phthisiques, secondement à sulfureuses. Les médecins de cette station ont répondu ttaques, en tête notre regretté maître Pidoux dans son le avec les eaux arseniquées (1877). Il trouve qu'au Dore, depuis les inhalations, les tuberculeux se guéris- op et trop vite. Il doute que les vapeurs des salles soient lisées; du reste, s'il y a de l'arsenic, ce médicament con- ieux à l'asthme, à l'herpétisme, etc. Les autres vapeurs menteuses n'ont pas réussi au contact des poumons s. Le décongestionnement si prôné n'est qu'un phéno- ransitoire. Les eaux sulfureuses sont le vrai remède in- les eaux-Bonnes vont au poumon altéré ; elles récla- vraie phthisie. Les inhalations d'Allevart avec leur gaz rique ont encore leur raison d'emploi rationnel. Enfin, aisser le Mont-Dore aux diathèses herpétiques et rhu- ales, qui sont les antagonistes de la tuberculose. D'un ôté, la Bourboule est écrasante avec ses deux centi- es d'arséniate de soude.

t la vérité au milieu de ces assertions contradicoires ? st jamais d'aucun côté quand on discute vivement. ont les médecins en face d'une polémique si bien nour- guments scientifiques ? Où enverront-ils leurs phthisi- i leur pèsent sur les bras? Dans le doute, ils se détermi- par des considérations accessoires. Si j'osais donner eil, je dirais : « Ne les envoyez ni en Auvergne, ni aux es dans le cas de marche rapide ou d'épuisement trop

grand. Si l'élément catarrhal ou rhumatismal préd
Mont-Dore ; si c'est l'élément scrofuleux, les eaux
ses ; » un médecin, allemand dirait les eaux chloruré

Les laryngites chroniques soit tuberculeuses, so
dantes des autres diathèses trouvent dans l'inhalati
mède de premier ordre; l'aphonie, la toux rauque, les
laryngées se calment avec une rapidité surprenant
concours des artistes, des prédicateurs, des professe
des professions dont l'exercice nécessite la liberté d

Le catarrhe chronique des bronches, affection si
dans nos grandes villes du Nord et si rebelle aux méd
une des causes les plus ordinaires de la sénilité an
catarrhe avec le cortège bien connu des symptôme
ques est une des infirmités les plus susceptibles d'am
par le traitement complet : bains chauds, douches
ves, boisson et vapeur minérale. Cette maladie, repo
souvent sur un fond rhumatismal, exige le rétabliss
fonctions cutanées, languissantes par suite d'une
taire et renfermée. La dyspnée et la toux diminue
ment et les crachats deviennent plus faciles, mo
moins abondants. S'il n'y a pas guérison, il y a at
relèvement des forces et posssibilité de vivre à l'a
qui est énorme.

L'asthme, avec ses formes diverses, a vivement
tention des médecins de la station : Richelot en a
de plusieurs mémoires ; nous avons dans les *Ann*
1882 ; 15 observations d'Emond ; un mémoire de C
les *Annales* 1882-1883. Emond a obtenu de bons ré
unissant l'eau de la Madeleine aux demi-bains hype
puissant révulsif, aux douches thoraciques, aux
enfin, aux inhalations, moyen presque héroïque con
née, que l'asthme soit nerveux ou catarrhal. — Ca
core plus affirmatif pour l'asthme sec ; Bertrand, dit-
dans cette forme parce qu'il surexcitait. Les vape
cales sont sédatives ; de là, le bien-être des malad
salles.

Il existe un rapport étroit entre les phlegmasies chroniques s muqueuses de l'arbre aérien et les manifestations rhumanales. Lorsque ces phlegmasies, dit Bertrand, proviennent ne rétrocession du rhumatisme, de la goutte ou de la dar-, la réussite est complète. Les rhumatismes de cette espèce aient la véritable spécialité du Mont-Dore, selon les auteurs Dictionnaire. Une eau suffisamment chaude, une applican rigoureuse de la thermalité, des douches et des bains de peur ne sauraient manquer de succès. Bertrand regardait nme de bon augure la recrudescence des douleurs, remarque te en plusieurs stations thermales. — Il n'est nullement ben d'invoquer l'arsenic pour expliquer la résolution des nos et engorgements. Les guérisons des paralysies rhumatisles avec disparition des béquilles sont ici, comme ailleurs, n excellent effet aux yeux du public. Dans ce dernier cas, urbon-l'Archambault est supérieur ; dans le rhumatisme itteux, ce serait Wildbad et Teplitz.

e traitement du rhumatisme s'applique aux sciatiques, aux ralgies intercostales. Quant aux exsudats pleurétiques, leur olution s'opère à l'instar des engorgements synoviaux.

elon Richelot, la médication mont-dorienne s'adresse à tre groupes de maladies chroniques : 1° affections chroni s des muqueuses ; 2° rhumatismes ; 3° névroses ; 4° malas de la peau. Nous venons de parcourir les deux premiers upes ; les derniers ne sauraient figurer sur la même ligne, leur moindre importance. L'altitude est favorable aux néses ; l'hystérie et l'hypochondrie demandent des bains temés. L'herpétisme apparait accidentellement au Mont-Dore ; peu fixé l'attention des médecins. Ensuite, on tombe dans applications de second ordre assez nombreuses.

ette étude faite, quelle idée générale doit-il nous rester dans prit ? Une masse volcanique imposante jetée au centre de France comme un immense belvédère ; la vraie montagne s sa solitude à côté d'une plaine luxuriante de fertilité ; un nat un peu rude mais tonique ; une altitude favorable aux

affections chroniques de poitrine ; des eaux thermales d'o
profonde, faiblement alcalines, un peu ferrugineuse
peu arsenicales, modérément gazeuses ; des thermes dé
lèbres dans l'ancienne Gaule ; la tradition d'un gran
ticien qui a créé un traitement énergique ; des effets pui
sur l'organisme, en particulier sur les surfaces cutanées
piratoires ; enfin, la guérison de maladies de poitrine gra
de rhumatismes rebelles. Tels sont les traits principau
donnent au Mont-Dore sa physionomie et qui en font u
nos plus riches colonies thermales.

La nature avait doté le Mont-Dore d'une belle nappe
chaude ; Bertrand l'a enrichi d'une méthode. On ne se
pas assez du bien qu'un grand praticien peut faire à u
tion d'eaux minérales. Aux médecins ses successeurs
tient le développement d'une médication nouvelle qu'il
inaugurée, les inhalations.

Voici qu'aujourd'hui on s'éloigne de l'ancienne pr
qu'on abandonne les grands bains gage de la prospéri
Mont-Dore, disait Bertrand ; voici que les bains tempér
viennent la règle, si bien que la proportion des bains
villon n'excède pas 5 0/0 dans la pratique de Richelot ; il
sans contredit, le plus ardent propagateur des bains tem
avec lui Boudant. De là division des médecins en deux c
partisans de l'ancienne, partisans de la nouvelle mé
Chabary, Emond se montrent encore pénétrés de la
des bains hyperthermaux.

Quelles sont les causes de la révolution apportée, da
traitement consacré par l'expérience ? Ce sont le besoi
nover qui tourmente notre époque ; la tendance des ad
trations à multiplier le bain sous toutes les formes ; le g
malades pour les médications douces, ce qui tient sans d
la prédominance de l'état nerveux ; un peu de mollesse
part des médecins, qui ne veulent pas contrarier leurs c
leurs occupations absorbantes, qui ne permettent plus
veillance nécessaire dans l'application des procédés pe
teurs. Ajoutons à cela l'extension d'une méthode no

alation, s'appliquant aisément à un grand nombre de su-
la fois ; moins brutale que le grand bain et produisant
ment de bons résultats.

ur expliquer ce changement de front et dans la crainte de
éditer un traitement anodin en apparence, on a eu recours
héorie chimique, celle qui contente le mieux les esprits
ositifs. Boudant et Richelot ont commencé une campa-
n faveur de l'arsenic (voir la lettre de Boudant, *Annales*
1863, et son ouvrage ; les publications de Richelot dans
on en 1874, et dans les *Annales* 1875-1876, etc.). La théorie
ique était, je l'avoue, difficile à établir : il n'y avait pas une
proportion de gaz, les éléments alcalins, un gramme par
ne pouvaient être invoqués à titre d'altérant ; la silice
Gigot Sicard avait mise en avant dans d'autres circons-
ances, avait peu de chances d'être prise au sérieux. L'ar-
, agent puissant, même à petite dose, l'arsenic dosé par
ard et Lefort, trouvé dans les vapeurs forcées se présentait
ne l'élément actif et efficace. On oubliait qu'il avait ex-
é durant un temps l'action des eaux de Plombières et
ijourd'hui il n'en rend plus compte.

théorie de l'arsenic a exigé de grands efforts de dialecti-
il a fallu, en premier lieu, se débarrasser de la Bourboule,
nte par sa forte proportion d'arséniate de soude ; il a fallu
léguer parmi les chlorurées fortes et supposer le principe
ical enveloppé, enrobé, annulé, et faire reposer ces as-
ons sur des considérations physiologiques et thérapeuti-
, la chimie étant muette sur ce point délicat. Nous avons
lus haut que les médecins de la Bourboule n'acceptaient
ment ce rôle passif et latent de l'arsenic dans leurs eaux.
gument tiré de la durée plus longue de la cure de la Bour-
e ne démontre en aucune façon l'inertie du composé ar-
al. La durée assez courte de la saison du Mont-Dore ne
ve pas non plus l'action de ce principe.

s preuves les plus directes apportées par Richelot se tirent
nalogie des effets produits par le Mont-Dore d'une part
médication arsenicale de l'autre : phénomènes d'intolé-

rance du tube digestif, irritations et éruptions cutanées
rison des mêmes diathèses, etc. Quelle que soit notre
pour la longue expérience pratique de l'inspecteur du
Dore, nous ne pouvons nous empêcher de dire que le t
est inexact, que les analogies et les conclusions sont f
Personne ne croira, par exemple, que plus de 4 verres de
deleine donnent lieu à des accidents toxiques. Qui ad
que les bains agissent par contact sur la peau à la faç
bains arsenicaux de Guenaud de Mussy ? Les éruptions
nées signalées par Richelot, sur lui-même spécialeme
sont pas la règle, mais plutôt l'exception et s'observent
leurs dans tous les traitements thermaux actifs. De ce
thérapeutique arsenicale et celle du Mont-Dore convi
l'une et l'autre aux affections des muqueuses et de la pea
rhumatismes, aux névroses, conclure à l'identité des
pes agissants, c'est ouvrir la porte aux comparaisons et
gies les plus hasardées.

Si ce n'est l'arsenic, quel est donc le principe actif ? Je
drai que je n'en sais rien et que savoir qu'on ne sait
déjà quelque chose. Les arguments donnés en faveur
senic ne m'ont pas convaincu. Je suis disposé à lui acco
part d'influence, assez petite d'ailleurs, surtout en bains
être est-elle plus grande dans la salle de vapeurs à caus
faculté d'absorption des muqueuses aériennes. Cela est
douteux ; car j'ai vu des effets analogues avec des inha
non arsenicales, Alhama de Aragon par exemple. Par
des inhalations azotées de Lippspringe et de Panticosa

Pour nous, l'eau qui nous occupe est un composé n
qu'il est bon d'analyser, mais qui agit par son ensemble
dans les eaux des éléments connus et d'autres inconnu
courant au but thérapeuthique. Il y a aussi les méthode
est bon de garder quand elles ont fait leurs preuves.

Le Gérant : Dr A. Lutau

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André,

nnée. — T. VII. N° 16 18 Octobre 1884.

ournal de médecine de paris
Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

CHRONIQUE

ENCORE L'INTERNAT DES FEMMES.

rant le mois qui vient de s'écouler, on a dépensé pas mal
re au sujet de l'accession des femmes à l'internat. De la
e médicale, la question a passé dans la presse politique,
part et d'autre on s'y est fort passionné : il n'y a pas à
c'est la question du jour. Puisqu'elle s'impose à notre
nique, nous allons rendre compte du procès qui va être
té à l'Administration de l'Assistance publique par Mlle E..
t inutile d'achever le nom) qui, nommée avec le n° 6 au
ours actuel de l'internat, se verra refuser par le Directeur
Assistance publique l'autorisation de prendre possession

FEUILLETON

LE CHOLÉRA DANS L'INDE (1)

Par le Dr Lacaze.

nde passe pour être le berceau du choléra et la région d'où
répand par transmission dans les autres pays. Cette opi-
contestée par quelques-uns, a du moins souvent les ap-
nces de la réalité. — Est-il dû à de simples modifications
sphériques ou à un être qui se propage dans certaines
itions ? C'est encore chose sujette à discussion. Arrivant à
e, où j'ai fait un court séjour pendant la saison chaude,
où les épidémies apparaissent le plus ordinairement, et
nt mis en relation avec les médecins des hôpitaux qui y
rnent depuis longtemps, je vais rapporter, en quelques
, ce que j'ai pu voir et entendre à ce sujet.

Mémoire lu à la Société de médecine pratique dans la séance du
ût.

de son poste d'interne auprès du Dr Gallard, dont elle avai
l'honneur d'obtenir le consentement.

La chronique ne serait pas aujourd'hui digne de ce nor
elle ne devançait un peu les éléments. Voici donc le con
rendu très sommaire des débats qui auront lieu devar
Conseil d'Etat auquel Mlle E... ne manquera pas de défé
pour abus de pouvoir, l'arrêté du Directeur.

Me D... a plaidé pour l'Administration, et Me F... p
Mlle E...

Me D... — L'affaire qui est portée devant votre juridic
est bien simple : on nous conteste d'avoir le droit de veille
notre mieux à ce que les malades dont se charge notre ad
nistration aient tous les soins qu'ils sont habitués à trou
dans nos établissements ; on nous conteste le droit égalem
de faire la police dans notre administration, d'y mainten
bon ordre et la moralité... Je n'ai pas trop dit : le bon ordr
la moralité.

Vous aurez beau investir la femme d'un titre qui lui con
une mission grave, qui la revêt d'un caractère spécial, vou
pourrez pas l'empêcher d'être femme, et vous ne pourrez e
pêcher non plus que, dans l'interne, on voie la femme. Ah
vous pouviez n'admettre que des laiderons ! et encore... M
il ne lui sera pas, je suppose, défendu d'être jolie, et alors, voy
vous d'ici toutes les conséquences ? Voyez-vous cette salle

D'abord, il faut le dire, cette maladie dont l'apparition
Europe entraîne l'épouvante, et avec raison, est considé
dans l'Inde comme très grave, mais on l'accepte par habitu
sans l'émotion qu'elle fait naître en Europe. La population
ropéenne moins dense et pouvant se donner les soins de t
genre, et surtout de l'hygiène, reste généralement très calm
l'idée du choléra. Tous m'ont dit que les indigènes seuls
part quelques exceptions, en étaient atteints. — Quand o
parcouru les quartiers où est accumulée la population Hindo
on comprend facilement l'extension que doit prendre une
démie lorsqu'elle frappe une telle agglomération d'êtres
toutes sortes. Certaines rues représentent le grouillement d'
fourmilière. Je suis étonné qu'une épidémie quelconque
soit pas permanente. — Les Européens habitent les quart

e jusqu'à ce jour l'asile de la bonne camaraderie, de la
rnité, du travail, voyez-vous ce qu'elle deviendrait ?

Des coqs vivaient en paix : une *interne* survint,
Et voilà la guerre allumée.

le reste... Je n'insiste pas sur les conséquences morales de
promiscuité, vous les devinez suffisamment. Permettez-
cependant de vous signaler un autre point noir. Vous savez
doute que lorsqu'un médecin ou un chirurgien des hôpi-
a besoin dans sa pratique d'un aide, c'est tout naturelle-
t son interne qu'il prend. Voyez-vous ce maître, cet homme
e emmenant dans son coupé une jolie interne ? Je devine
ie vous allez me répondre : l'honorabilité, la dignité du
s médical, l'habitude du danger, etc., etc. Eh ! oui, nous
ns tout cela ; mais vous .'empêcherez pas qu'il n'y ait là
situation bien délicate.
ut cela est assez sérieux pour mériter réflexion ; mais c'est
tit côté de la question. Voici qui est plus grave. Les inté-
le nos malades passent, pour nous, avant toute considéra-
Eh bien, c'est surtout au nom de ces intérêts que nous ne
ns pas de vos internes en jupons. Prenons un cas de pra-
courante : qu'il y ait une luxation à réduire, un jour où
est de garde et où ses collègues sont absents : pourrez-
compter sur le sexe faible s'il y a un effort vigoureux à

, et presque tous, les Anglais surtout, ne viennent en ville
pour leurs affaires, et se retirent de bonne heure sur les
eurs ou les bords de la mer.
Bombay, les casernes sont en dehors de la ville et cons-
s de manière à donner aux hommes beaucoup d'espace.
ai visité à Bombay deux grands hôpitaux, l'hôpital Euro-
et l'hôpital Hindou ; nous n'avons pas en Europe d'éta-
ment de ce genre. L'hôpital Européen est en bois, très
et avec des ouvertures dans tous les sens ; les lits sont
spacés. Les visites sont faites par des médecins européens,
nfirmières laïques suivent les visites et s'occupent des
des. — Les appareils les plus perfectionnés sont employés
l'examen des malades et les opérations. Le chirurgien
r de cet hôpital est complètement microbique, comme

faire? Qu'un cas grave se présente inopinément, où un
sion immédiate doit être prise, de laquelle dépend le salu
malade : si Mlle se trouve sous une influence lunaire, c
vous qu'elle sera dans une disposition morale et physiqu
venable pour être à la hauteur de la situation? C'est b
si votre interne se trouve dans un état intéressant, si
nourrice, car vous n'avez pas le droit de lui refuser le
de la famille. Ce n'est pas tout : puisque vous voulez qu
soit interne, et si l'ordre de classement ne lui laisse qu'un
dans un hôpital spécial, côté des messieurs, la voy
pansant et cautérisant des ulcères vénériens ?

Je n'ai pas fini : il me serait facile de vous montrer q
d'énormités, d'impossibilités qui toutes s'élèvent contre
tentions que ces dames émettent et qui montrent l'inc
bilité du sexe faible avec les fonctions délicates, diffici
nibles même qui incombent aux internes. Aussi croyon
comme nous le disions tout à l'heure, servir les intéré
morale, de l'ordre et, ce qui est autrement important, de
lades en refusant d'admettre les femmes à exercer l'in

Mᵉ F... — Si la logique était bannie du reste de la te
n'est pas dans les raisonnements de l'Administration d
taux qu'on la retrouverait. Au nom de certaines consid
de pur sentiment, vous prétendez interdire l'accès de l'

---

tous du reste, et la doctrine Pasteur est dans l'Inde
vogue qu'en France. Les moindres opérations se fo
l'aide du pulvérisateur phéniqué, et les salles, comme l
dors, exhalent une odeur prononcée d'acide phénique
pital Européen, les cholériques sont exceptionnels. J'y
pendant un jeune Anglais qui avait été peu sérieuse
teint. Le docteur me disait avoir amendé son état par
parations mercurielles. On m'a répété que le choléra
réellement à craindre que pour les accumulations d'ho
surtout les indigènes.

L'hôpital Hindou, monument de style mauresque
que en pierre granitique et marbre, est installé admira
— C'est une architecture grandiose où l'air pénètre pa
vertures nombreuses et de larges corridors. Là encore

des personnes que vous avez trouvées capables de remplir nvenablement les fonctions d'externe, et que vous avez par la seul encouragées et tacitement autorisées à viser plus ut. La question de droit, nous ne prendrons même pas la ine de la discuter : elle est tellement évidente qu'il n'y a pas, 'il ne peut y avoir matière à litige. Dès l'instant que pour ar- ver à l'internat, il suffit, en droit, d'être externe et d'être dans conditions d'âge requis, toutes les subtilités du monde n'y ont rien, nous pouvons prétendre à l'internat : si le concours us est favorable, nous réclamons la place qui nous est due, s'il vous plaît maintenant de nous en empêcher, nous vous pondrons : c'est trop tard.

Comment ! Le Gouvernement, à qui incombe également la até publique, nous permet de faire nos études médicales, de sser les mêmes examens que tout le monde, de conquérir le plôme de docteur en médecine, et enfin de pratiquer sur ite l'étendue du territoire, et quand nous voulons tâcher de us rendre plus dignes de la confiance publique par des études s approfondies, et une plus longue initiation aux difficultés la pratique, vous voudriez nous en empêcher sous prétexte 'une certaine coterie trouverait cela attentatoire à ses droits à sa dignité ? Cela n'est pas possible.

Nous avez-vous opposé des arguments sérieux ? Non : vous ez amusé la galerie avec un coupé emportant un interne en

---

ation phéniquée est partout. Les médecins que j'y ai vus, opéens et indigènes, m'ont parlé du choléra dans le même s que ceux de l'hôpital Européen.

Arrivons au traitement. — Tous ne reconnaissent d'effectifs e les moyens prophylactiques, et une fois la maladie déclarée, e l'isolement, comme moyen d'en atténuer l'intensité et la pagation. Quant à la médication proprement dite, on n'en nait pas d'efficace, et il est souvent dangereux, d'en em- yer d'active. — Une fois le choléra déclaré, il faut donc isoler malades autant que possible, et ce n'est pas toujours facile. ant tout, ne pas mettre les cholériques dans les salles ordi- res, et créer des hangars, des ambulances isolées et qu'on peut ruire facilement après l'épidémie. — Pour les médecins l'Inde, la propagation de la maladie se fait par les déjec-

jupon en tête à tête avec son chef de service ; vous nous a
montré une salle de garde transformée en tout ce que v
voudrez : nous pourrions vous répondre par d'autres pl
santeries... Passons. Vous nous contestez l'aptitude physiq
et morale ; nous l'avez-vous contestée pour nous admettr
l'externat? Non. Voyez-vous entre l'externe et l'interne, au po
de vue des fonctions, d'autre différence qu'une question de
pacité? Non. Eh bien, si le concours montre que cette capac
nous l'avons, vous n'avez qu'à vous incliner et à nous admett

Au surplus, qui êtes-vous pour faire opposition à ce que t
le monde considère comme un progrès ? Est-ce bien à vou
nous barrer la porte de l'internat, vous qui laïcisez les hô
taux et qui par conséquent nous favorisez dans nos idées de t
vail et d'indépendance. Et puis, est-ce bien au moment où
tous côtés on pousse les femmes vers l'éducation libérale, où p
tout s'ouvrent des lycées de jeunes filles, où l'on encourage
toute manière les femmes à trouver dans les occupations
tellectuelles le moyen de vivre honorablement, qu'on pourr
restreindre les sources d'instruction ouvertes à tous ?... N
en appelons à la justice et au libéralisme du Conseil d'Etat.

Sur le rapport de M. B..., le Conseil d'Etat s'est déclaré
compétent. Dr JULES CYR.

---

tions alvines. Les malades ne vont autant que possible
dans des vases où on a mis du chlorure d'alumine. Malgré
désinfectant, les matières sont brûlées le plus tôt possible; el
doivent ne pas séjourner à l'air. Quant au rég ime, il est or
naire, sans exagérer l'abstention de tout ce qu'on rejette d
les diarrhées ordinaires. Le choléra est une diarrhée spécia
due sans hésitation pour les médecins de l'Inde à un micr
encore peu étudié et connu.

Le choléra naît-il sur place, ou est-il toujours importé en
hors de l'Inde? A mon avis, et m'appuyant sur l'invasion d'
tres maladies infectieuses qui viennent de l'Inde ou d'aut
pays, je pense que le choléra a été d'abord importé en Europ
et que l'être qui le produit s'est acclimaté peu à peu, que
circonstances favorables à son éclosion survenant, il appar

.REVUE CRITIQUE

LA CHIRURGIE DES CAVITÉS PULMONAIRES.

Bien que l'expérience du traitement chirurgical des cavités lmonaires soit assez limitée, les faits publiés dans ces dix rnières années ont montré d'abord que dans certains cas ncision ou la paracentèse avec drainage n'a pas de raison ètre ; ensuite, que d'autres cas réclament impérieusement tte opération, et enfin que dans d'autres la question de l'in-vention chirurgicale n'est pas aisée à résoudre.

Le premier groupe comprend les cavités bronchiectasiques rmées dans le cours de la phthisie. Les observations dans squelles on a eu recours à l'aspiration et à l'injection de bstances médicamenteuses, ou bien à l'incision avec drai-ge, montrent qu'on ne pouvait attendre de ces moyens ıt au plus qu'un effet palliatif et qu'ils étaient incapables rrêter la marche envahissante de la maladie.

A l'appui de ces propositions, on peut rappeler les mémoi- lus au Congrès des médecins et naturalistes allemands en 73 par Mosler, de Greifswald, et devant l'Association médi-e américaine en 1880, par Pepper, de Philadelphie. Dans cun de ces cas, la paracentèse avec injection de liquides

---

n côté ou d'un autre, en Egypte, en Europe, etc. Il y a au-rd'hui à Maurice et la Réunion une fièvre qu'on appelle fiè- de Bombay qui n'y existait pas avant les communications quentes de ces pays entre eux. La fièvre de Bombay, qui est rémittente bilieuse, y est devenue endémique. La fièvre pa-tre de Madagascar et de la côte d'Afrique, inconnue pendant s de deux siècles dans ces mêmes pays, y est aujourd'hui manente. L'être qui produit cette fièvre a mis du temps à climater, à se reproduire et a fini par y vivre, non aussi n que dans sa terre d'origine, mais assez largement cepen-ıt, pour le malheur des habitants. A ce point de vue, le cho- aura bien pu jeter loin de l'Inde des germes qui sommeil-t des années pour éclater quand les circonstances nécessai- à son existence surgissent.

médicamenteux n'a été suivie de résultats positifs, et l'in
avec drainage n'a pas mieux réussi entre les mains de M
Ainsi, dans un cas où l'on avait ouvert la cavité pulmo
par une incision de la paroi thoracique, on trouva, à l'a
sie faite peu de temps après, que la maladie s'était éte
au tissu pulmonaire environnant et qu'il s'était produi
tuberculose généralisée. Dans un autre cas où la cavité
monaire avait été ouverte, vidée avec soin et traitée à
d'une canule à demeure par diverses solutions jusqu'à c
la plaie se fût fermée, le malade rentrait à l'hôpital au bo
huit mois avec une tuberculose généralisée dont il mo
en six mois.

Le second groupe comprend les cas qui réclament
rieusement une intervention, c'est-à-dire les kystes hyda
suppurés, la gangrène pulmonaire et les abcès de causes
naires. Au second Congrès de Médecine interne, tenu à
bade en 1883, Mosler présenta un homme chez lequel,
avoir réséqué une partie de la 7e côte, il avait ouvert, a
cautère la cavité kystique, en avait évacué les parasi
y avait laissé un tube à drainage à l'aide duquel il avait
qué des injections antiseptiques jusqu'à la guérison
plaie. Il a rappelé également treize cas analogues ob
par lui et dans lesquels l'intervention chirurgicale avai
très favorable. Fenger et Hollister (de Chicago) ont eu

Il y a aussi une question d'une grande importance et
on a parlé à l'Académie de médecine, à savoir s'il y a d
de choléra foudroyants, ou s'il y a toujours des symp
moins graves précédant toujours les cas pernicieux. -
médecins de l'Inde admettent qu'il y a toujours une di
prémonitoire, un malaise qui se prolonge plus ou moins,
qui précède la phase terrible qu'on ne peut conjurer, et q
traîne une fin prompte. Je suis complètement de cet avis
en est pour le choléra comme pour la fièvre à accès. J
jamais constaté d'accès pernicieux qui n'ait été précédé
tres accès plus ou moins répétés. L'accès pernicieux est la
d'eau qui vient faire déborder un vase déjà plein. —
est, je crois, de même pour le choléra et je partage com
ment l'opinion qui a été émise à l'Académie dans ce sen

succès dans un cas où ils ont incisé le poumon pour en raire un kyste à échinocoques, qui avait donné lieu à un ès. Ce cas se trouve rapporté dans l'*American Journal of dical Sciences*, 8 octobre 1881.

.a première opération pour gangrène du poumon a été tiquée par Lawson, de Londres, en 1879. Quoique les nptômes se fussent améliorés, le malade succomba à l'épuinent le 4e jour. La seconde opération a été pratiquée la me année par Smith, de Halifax, et le malade survécut dix rs; la troisième par Vogt, sur un malade de Mosler, en 1882: ait un garçon de 14 ans, atteint de fièvre septique et expecant de grandes quantités de pus mêlé de débris de tissu monaire mortifié, provenant d'une cavité du lobe supéir gauche. Après avoir excisé 4 cent. et demi de la 3e côte, oumon fut ouvert avec le cautère de Paquelin, et les porıs gangreneuses des parois de la cavité furent cautérisées si complètement que possible, et la cavité bien lavée avec solution d'acide salicylique. Nous passons sur les autres ails de l'opération. Au bout d'une semaine, le malade ırait, probablement par l'effet du thymol et de l'acide ique dont l'application avait déterminé une inflammation bronches, de la trachée et du larynx.

e quatrième cas d'opération pour gangrène est ainsi rapté par Mosler : « Dans de semblables circonstances, Ed.

---

n terminant, je vais rapporter un début de choléra pris à ıbay, en juin dernier. — La chaleur était intense, le temps sec et la mousson n'avait pas encore fait sentir ses ondées ıfaisantes.—Un Européen à Bombay depuis quelques jours, pris de diarrhée ; il avait quatre à cinq selles par jour sans ques, bilieuses et infectes. Ce régime n'avait rien d'exagéré. crampes survinrent dans les jambes, avec contractures smodiques. Aucune médication ne fut employée : les vian- les sauces furent supprimées ; l'alimentation composée de illon de volaille avec pain grillé, eau rougie avec vin de deaux. La diarrhée cessa peu à peu, les contractures dans nuscles des mollets ont continué à se faire sentir quelque ps après. Pour les médecins indiens, c'était un cas de cho- au début, et il y en avait un certain nombre en ville. Sans

Bull, de Christiania, a obtenu un succès. Chez une jeu
de 23 ans, affectée de bronchite putride, il a réussi à g
cavité gangreneuse par le traitement chirurgical. I
cas, la caverne était également située dans le p
gauche. »

Le cinquième cas a été communiqué récemment pa
Dr Cayley à la *Royal Medical and Chirurgical Societ*
rapporté dans le *British Medical Journal* du 31 mai 1
sujet était une jeune fille de 12 ans, affectée de gangrè
base du poumon gauche, avec abcès pyohémiques seco
par suite de la suppuration des cellules mastoïdien
Gould ponctionna le poumon avec un gros trocart e
un tube à drainage par où s'échappèrent du pus fétid
fragments de poumon sphacélé. L'enfant quitta l
g uérie au bout de onze jours.

Le sixième et dernier cas dont nous ayons connais
été récemment rapporté par le Dr Fenger, dans le *Jou*
the American Medical Association, 19 juillet 1884. Un
ayant été découverte à l'aide d'une aiguille exploratri
la région sous-mammaire droite, on excisa un pouce
de la 5e côte et on pénétra dans le poumon avec le ther
tère. On lava la cavité avec une solution antiseptique
laissa un drain. L'hémorrhagie fut insignifiante. Les
mes s'amendèrent graduellement ; des débris de tis

---

les soins et l'hygiène complète dont ce malade était
c'était peut-être un cas cholérique destiné à devenir g
temps d'épidémie, il faut donc avant tout surveiller les
de la maladie qu'on peut conjurer facilement alors da
coup de cas.

Dr LA

Vacances médicales. — Voir pour les postes médicaux vacants aux



reneux furent éliminés pendant la convalescence, et le malade
iitta le lit au bout de cinq semaines.
Dans ce groupe sont aussi compris des abcès résultant de
ntrée de corps étrangers dans les bronches. Dans la discus-
on qui suivit la communication de M. Biss à la *Royal Medi-*
l and Chirurgical Society, publiée également dans le
ritish Medical Journal du 31 mai 1884, M. Fowler rapporta
 cas dans lequel M. Marshall ouvrit et draina le poumon
tre la 8e et la 9e côte, pour un abcès formé autour d'une mo-
re qui avait glissé de la pince du dentiste dans le poumon.
 drain fut maintenu pendant cinq mois, et au bout d'un an
restait encore un peu d'expectoration purulente et autres
gnes témoignant de l'existence d'une petite cavité.
Le troisième groupe comprend les cas dans lesquels la
estion de l'intervention chirurgicale est très difficile à dé-
ler. Ainsi, dans le cas de M. Biss, M. Marshall incisa les
rties molles sur le dixième espace intercostal, enfonça un
cart à 4 pouces de profondeur et plaça un drain par où
chappa un liquide puriforme. Au bout de dix jours apparu-
it des signes d'abcès cérébral et dix jours plus tard le ma-
e succombait. A l'autopsie on trouva, en même temps que
ıx abcès du cerveau, un certain nombre de cavités pulmo-
res formées par des dilatations bronchiques, dont les plus
umineuses avaient été ouvertes et drainées.
Deux cas analogues sont rapportés par E. Bull dans les
rd. Med. Archiv., Bd XIV, n° 26 et Bd XV, n° 17. Dans le
mier, une incision pratiquée le long du bord supérieur de
leuxième côte, ouvrit une caverne superficielle du lobe
érieur gauche, où l'on plaça un drain. Mort le 7e jour. On
ıva une caverne du volume d'un œuf d'oie, avec pneumo-
 caséeuse, pleurésie séro-purulente et pneumothorax. Dans
econd cas, un gros abcès bronchiectasique fut ouvert, en
tie avec le bistouri, en partie avec le thermocautère, dans
e espace intercostal droit. Mort par épuisement en quatre
aines.
e Dr Lauensten a rapporté dernièrement un quatrième cas
s le *Centralblatt für Chirurgie* n° 18, 1884. Après avoir
qué environ 4 centimètres de la deuxième côte, il enfonça
rocart dans une caverne du sommet droit, et après avoir

agrandi l'ouverture, il y laissa un drain. Le malade
l'hôpital au bout de 45 jours; un an plus tard, il se
très bien.

Dans les cavités bronchiectasiques résultant de la p
nie, le grand obstacle pour l'intervention chirurgicale
difficulté de faire le diagnostic entre une seule grand
et plusieurs petites. Même avec tous les signes physiq
sents, il peut n'être possible d'atteindre la caverne,
cela est arrivé à M. Godlee dans trois cas. Toutefois,
n'a affaire qu'à un seul abcès, comme dans le premie
Bull et dans celui de Lauenstein, on doit évidemme
vrir et le drainer. Pour cela, après avoir préalablemen
la plèvre, on se servira d'un gros trocart avec canule
que du bistouri, pour diminuer les risques d'hémorrh

La revue des faits qui précèdent nous donne un en
ment sérieux pour l'avenir de la chirurgie du poum
maxime saine « *ubi pus, ibi evacua* » est tout auss
cable au poumon qu'au cerveau, au foie, à la rate ou to
organe ; et le chirurgien risquera d'être accusé de
s'il hésite à intervenir en présence des cavités pulmo
suppuration, pourvu qu'elles résultent d'autres caus
tuberculose. (*Medical News*, 16 août 1884.)

DE L'IRIDOTOMIE (1)

APPLIQUÉE A L'EXTRACTION DU CRISTALLIN ; SON ORIGINE, SES A
DESCRIPION D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE,

(Par le Dr Coursserant fils).

Dans un récent et intéressant travail, M. le Dr C
vient d'appeler l'attention des oculistes sur les avanta
ridotomie combinée à l'extraction de la cataracte par l
de Daviel. Dans un historique très savant, notre
confrère cite les différents auteurs qui, dans ces dern
nées ont, par des moyens divers, utilisé la simple in
l'iris ou iridotomie, pour faciliter l'expulsion du crista
racté. Par une erreur involontaire, j'en ai la preuve

(1) Mémoire lu à la Société de Médecine Pratique, dans la
20 août 1884.

ains, l'auteur oublie de citer les travaux de mon père à qui vient le mérite d'avoir, le premier, appliqué l'iridotomie à xtraction, en indiquant tous les avantages qu'on pouvait rer de ce procédé opératoire.

En 1879, j'ai, dans un modeste et court travail, prouvé, avec èces à l'appui, qu'à lui seul revenait la priorité de cette importe modification opératoire.

La Société voudra bien me permettre de lui rappeler les lies suivantes, extraites d'une communication que mon père ait l'honneur de faire devant elle en 1862, lignes que j'ai reoduites dans mon travail :

« Tous ceux, disait-il, qui ont fait des opérations de cataracte r kératotomie supérieure, savent avec quelle peine on fait rfois sortir le cristallin, et, ils n'ignorent pas non plus les tatives réitérées de pression sur le globe, etc., par lesquel- on cherche à provoquer la sortie de la lentille, sortie à uelle s'opposent, soit un spasme de l'iris, soit des adhéren- plus ou moins résistantes entre l'iris et la capsule, adhéces invisibles quand elles existent à la face postérieure du le iridien à quelque distance du limbe pupillaire. Dans ces onstances exceptionnelles, je fais l'incision de l'iris en haut, t-à dire du limbe pupillaire vers l'attache ciliaire. Ce proé, déjà mis en pratique huit fois par moi, avec un succès nplet au point de vue de la guérison de la cataracte, et sans il soit survenu la moindre inflammation soit de l'iris, soit membranes internes, présente deux particularités dignes remarque :

1° L'absence complète de douleur éprouvée par le malade moment où l'iris interposé entre les branches des ciseaux rbes est incisé dans toute l'étendue de son diamètre verti- ;

2° L'absence absolue de tout écoulement sanguin, soit pent, soit après l'opération, phénomène qui a lieu d'étonner si songe à la riche vascularisation de l'iris. »

oilà, Messieurs, l'acte de naissance de l'iridotomie appliquée xtraction du cristallin. En 1864, toujours devant la Société Médecine pratique, en 1865 au congrès de Bordeaux, enfin s la thèse d'un de ses élèves, M. le Dr Favre, thèse soutenue aris la même année, mon père renouvelait l'exposition de

son procédé en indiquant tous les avantages que les opéra
pouvaient en retirer. Moi-même, en 1879, je terminais
travail par ces mots : « Aujourd'hui on tend de plus en p
réduire les dimensions du lambeau d'iris excisé : je suis
vaincu qu'on arrivera à ne sectionner que le sphincter iri
C'est à quoi je suis en train de m'appliquer en faisant l'
tomie en bas au moyen des ciseaux-pinces. Cette modific
permet au chirurgien de ne pas quitter la pince à fixatio
par conséquent, rend la présence d'un aide intelligent et
inutile, circonstance précieuse pour les praticiens de pro
Je m'efforce néanmoins de trouver l'iridotome que che
mon père. Si mes efforts sont couronnés de succès, je ne
pas un instant que l'iridotomie supérieure remplace l'iri
tomie que je considère comme indispensable comme mé
générale dans l'extraction de la cataracte. »

De l'avis de tous les oculistes, un bon procédé d'extr
doit réunir deux avantages : 1° une expulsion complète et
du cristallin ; 2° une réunion rapide et régulière de la pl

Or, deux obstacles s'opposent généralement à la sor
cristallin : 1° une déchirure incomplète et insuffisante
capsule ; 2° la résistance du sphincter de l'iris. Or, mon
démontré que tous ses inconvénients supprimés dans l'e
tion avec iridectomie ou excision de l'iris pouvaient l'êtr
lement par la simple iridotomie ou incision de l'iris.

Le second avantage, c'est-à-dire la réunion rapide et
lière, nous l'obtenons aujourd'hui grâce à l'emplacemen
la forme donnés à la section de la cornée par le merv
couteau de de Graeffe, et nous avons dans l'emploi de
ques sûrs et énergiques le moyen de nous opposer victo
ment aux enclavements de l'iris en obtenant une cicatr
régulière. Après avoir pratiqué dans l'extraction des ex
de l'iris larges et étendues, les chirurgiens ont, dans ces
res années, diminué, avec grand profit pour les opér
dimensions données au lambeau d'iris excisé. Le mom
semble donc opportun pour appeler de nouveau l'atten
mes confrères sur les avantages de l'iridotomie subst
l'iridectomie. Depuis la publication de mon travail, pl
faits sont encore venus me démontrer que l'iridotomi
rieure faite avec les ciseaux-pinces procurait au chirurg

ande partie des avantages opératoires immédiats qu'on tient avec l'iridectomie faite à la partie supérieure, tout en gmentant, grâce à l'étroitesse de la pupille ultérieure, l'enmble et la force de l'acuité visuelle. Je n'ai pas l'intention examiner ici les avantages et les inconvénients de l'iridectoie dans l'extraction : ils sont trop connus pour qu'il faille y sister : je préfère terminer cette courte communication par xposé rapide de mon manuel opératoire.

L'œil et ses annexes ayant été bien désinfectés à l'aide de vages antiseptiques, j'instille entre les paupières une goutte un colyre à base de chlorhydrate de pilocarpine (10 centig. ur dix grammes d'eau distillée), de manière à tendre l'iris et n'opposer à sa présentation devant le tranchant du couteau ndant le temps de la section de la cornée. Les paupières nt maintenues écartées par mon blépharostat à ressort, et il fixé en bas de son diamètre vertical, près de la cornée, à de d'une pince dite de Waldau. La section cornéenne est e en haut, la ponction et contre-ponction étant placées un n en dedans de l'anneau scléro-cornéen et le sommet de l'inon tombant un peu au-dessous des limites de la cornée. En çant les points d'entrée et de sortie du couteau droit à l'un du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la cor-, on a un lambeau (je dis lambeau, car jamais, avec le cédé même classique de de Graeffe, la section n'a été rigousement linéaire) d'une hauteur d'un millimètre à un millitre et demi, qui donne un entrebâillement de la plaie largent suffisant pour expulser les cataractes les plus volumineu-. La section faite, j'introduis les ciseaux-pinces tenus fers dans la chambre antérieure et lorsque leur pointe est arri- à la partie inférieure de la pupille, je les entr'ouvre en glist une branche derrière l'iris, plus ou moins loin, suivant la gueur que je désire donner à l'iridotomie ; un coup sec fend s, les bords de l'incision s'écartent et permettent de pratir une cystitomie large et à ciel ouvert.

'expulsion s'obtient à l'aide de la curette de Weber avec uelle on déprime la lèvre postérieure de la plaie en même ps que la pince à fixation, que je n'ai pas quittée, me per- d'exercer une pression méthodique et graduée à la partie rieure de la cornée. Grâce à cette iridotomie, le cristallin

ordinairement sort sans se coiffer de l'iris et sans l'e
dans la plaie. Si, après son expulsion, l'iris se trouve
section, je le réduis avec la spatule d'écaille.

Lorsque la toilette de la pupille est faite, j'instille de
une goutte ou deux du colyre à la pilocarpine et je
pansement antiseptique, lequel restera en place 24 ou
res si rien dans l'état du malade ne me décide à e
l'œil opéré. Tout ce qui a trait à cette question des pa
a été traité dans la thèse de mon ancien chef de clini
Docteur Leviste.

Après la guérison, le malade présente une pupille
ronde, si le sphincter seul a été incisé ou en forme de
comme le disait mon père, si on a dû fendre l'iris sur
ou moins longue étendue, la pupille normale formant
et la fente irienne formant le manche de la raquette.I
l'iridotomie doit remplacer l'iridectomie : elle la re
sûrement le jour où on aura trouvé un iridotome p
quer la section en haut, car il est incontestable qu'un
mie supérieure en communication directe avec l'ouv
sortie du cristallin donnera encore une expulsion
cile.

Jusqu'ici, pourtant, l'incision en bas m'a donné de
sultats, ce qui m'a engagé à communiquer à la Sociét
tat de mes observations cliniques. Je serais heureu
collègues voulaient bien expérimenter le procédé et f
la Société des résultats tirés de leur propre pratique.

SYPHILIS CÉRÉBRALE.

Guérison par un traitement d'un an avec l'iodure sium à hautes doses et le mercure

Par M. Louis BOUCHER (1)

M. X., officier, âgé de 52 ans, a l'aspect extérieur d
bon appétit, le sommeil régulier, et se plaint seulem
perte d'équilibre dans la marche. Cet état s'exagère
ticulièrement et s'accompagne alors d'un sentimen
rable de plénitude dans les deux pieds, qu'il élève avec

(1) Travail lu à la Société de médecine de Rouen.

Voici son histoire clinique. A 23 ans, en 1852, n'ayant jamais eu auparavant la moindre maladie, il contracta un chancre pour lequel il consulta Rodet (de Lyon), dont le diagnostic fut « chancre induré, syphilis constitutionnelle ». Notre savant confrère prescrivit le traitement approprié qui ne fut pas suivi, et comme le chancre avait disparu, que d'ailleurs les manifestations secondaires ne s'étaient point produites, le malade, absorbé par d'autres préoccupations, put se croire dorénavant à l'abri de toute manifestation vénérienne, quand le 1er mars 1877, dans une promenade à cheval, il tomba subitement sur le sol sans connaissance. Il ne revint à lui qu'après avoir été traîné environ 150 mètres sur la route, car son pied était resté dans l'étrier et l'occiput ainsi que l'épaule gauche portaient les traces d'une assez forte contusion. Transporté immédiatement à sa demeure, il était capable de se lever le lendemain, après une nuit de repos, mais il conserva dans la marche une indécision qui persista quelques jours. « Je ressemblais, dit-il, à un homme ivre ». Consulté vers cette époque, le professeur Lasègue attribua tous les phénomènes à une insolation, et M. X. reprit ses fonctions jusqu'en 1882. Pendant cette période de 5 ans, il éprouvait tous les soirs après le dîner, son repas principal, une très légère perte d'équilibre. En 1883 vers Pâques, étant au café avec quelques amis, il eut un jour comme un éblouissement vertigineux, tout tournait autour de lui ; et c'est avec une grande difficulté qu'il regagna son domicile. Depuis ce moment, la marche fut incertaine après tous les repas, et le médecin du régiment, croyant à un vertige stomacal, lui administra la pepsine, le quassia amara, la noix vomique et de temps à autre des purgatif salins, ce qui ne modifia en rien les phénomènes précédents.

Dès lors la région frontale devint légèrement douloureuse, et M. X. prit l'habitude de froncer très fréquemment la peau du front comme pour dissiper une sensation désagréable, ce qui semblerait déjà indiquer dès cette époque un certain état d'irritation dans la sphère du trijumeau. Le 20 juin 1883, nouvelle chute sur la tête après le dîner, suivie de vomissements très abondants ; purgatifs, pas d'amélioration. En juillet, le même accident se répéta, et le malade, ayant demandé un congé, vint à la maison de santé.

La marche nécessitait des efforts considérables; il y ava possibilité de faire une promenade un peu longue sans le s d'un bras, et dès qu'arrivait le soir apparaissait un sent de propulsion en avant irrésistible. Partant de la nuq gagnant le front, des douleurs lancinantes, survenant pa ses, étaient accompagnées de tension, *comme des corde* l'on tirerait, suivant la propre expression du malade qui n vait non plus tourner le cou. Le Dr A. Boucher, ne sacl quelle affection nerveuse rapporter cet état, songea à ur meur du cervelet ou des méninges cérébelleuses, de n syphilitique, et ses prévisions furent confirmées par l rogatoire de M. X., qui commença dès lors le traitemer l'iodure de potassium à la dose de 50 centigr. par jour c portai sucessivement à 3, 4 et 6 gr., d'après les conseils d fess. Fournier (*Syph. du cerveau* 1879, et François, *Gom l'encéphale*, thèse 1883, p. 63).

Des frictions mercurielles avec l'onguent napolitain co tèrent la médication, qui fut suivie pendant sept mois sa sultat sensible. En février 1884 les douleurs existent to fort vives, elles partent comme un éclair de la nuque, s'irr vers le front ou vers les jambes et les bras : très faibles ceux-ci, elles revêtent au contraire une acuité excessi niveau du pied qui semble comme éclater dans la chau A de certains moments elles disparaissent entièrement, e ainsi qu'en décembre, pendant quinze jours, aucune ma tation douloureuse n'avait eu lieu ; la nuit elles cessent sommeil est bon.

La marche, très difficile, nécessitant constamment le s d'un bras, se produit comme celle du matelot sur le pont navire, les jambes très écartées et portées en dehors. La bilité est assez nette à la plante du pied, le sentiment du et du froid très bien perçu, la pression légère avec une é est sentie, l'écart de perception au niveau de la externe de la région plantaire gauche est de 1 centim. droite 1 centim. Les sensibilités articulaires et du pied so tactes. Les yeux fermés, le malade distingue en marcha tapis d'aloès d'avec un tapis de laine plus moelleu réflexe tendineux conservé est moins marqué cependant une longue marche ; le matin il semble exagéré. Pas de

mulation épileptoïde, ni de phénomènes d'excitation génitale. Aucune crise viscérale. Le réflexe palmaire a toujours été moins net que le réflexe rotulien proportionnellement, et il n'y a pas non plus de zone anesthésique aux membres ou à la face, et cependant on pourrait encore se demander si on ne se trouve pas en présence d'une de ces formes d'ataxie fruste, caractérisées par des scléroses partielles de la moelle. Conformément aux préceptes du Dr Charcot, nous demandâmes à notre distingué confrère, le Dr Gauran, l'examen minutieux de l'œil. Voici quels en furent les résultats : « Coloration normale du disque, calibre normal des vaisseaux. L'examen du champ visuel en démontre l'intégrité parfaite, il a ses dimensions habituelles, les muscles extrinsèques de l'œil ont leurs mouvements réguliers, car on ne constate d'image double dans aucune partie du champ visuel, un peu de catarrhe de la paupière inférieure, pas de perte des couleurs, la pupille est rétrécie et se dilate peu lorsqu'après avoir approché une lumière on l'en écarte brusquement. Au point de vue de la motilité, la force paraît conservée, la main gauche est un peu plus faible au dynamomètre comme cela se produit physiologiquement. Pas d'exagération dans les mouvements des extrémités supérieures, dans aucun cas le but voulu n'est dépassé. La marche au bout d'une heure devient assez pénible, le malade ressent comme une contracture mobile, puisqu'elle existerait successivement dans la jambe droite et puis dans la jambe gauche. Néanmoins, en palpant soigneusement les mucles du mollet, il m'a été, après une marche assez longue, impossible de constater de la contracture. La réaction électrique est normale.

Quand, au milieu de la marche, le malade a une crise, il perd l'équilibre et tombe brusquement en avant sans présenter d'accélération du pouls, ni de coloration anormale du visage : « Je suis poussé en avant, dit-il ». Depuis l'emploi de l'iodure, ces crises ne laissent pas de lourdeur de tête, ni de sentiment de lassitude après elle. A l'état habituel, de même qu'après ces crises, si l'on met un bandeau sur les yeux de M. X., il marche devant lui sans hésitation, mais la fatigue survient au bout de quelque temps, et il tombe comme un homme ivre. En fermant les yeux et en rapprochant les talons, la position verticale peut être gardée pendant une minute environ, puis arrive

la perte d'équilibre. Les fonctions digestives et respiratoires excellentes, le pouls est lent, 65 par minute, rien au cœur. nes normales.

En présence du peu de résultat de la médication, nous al en mars, consulter le Dr Fournier, qui confirma le diagnost syphilis cérébrale et conseilla la continuation du traite avec l'iodure et les pilules de Dupuytren. Le mois d'avr passa sans grande modification, ainsi que le commenceme mai, et nous commencions à désespérer de la guérison, q vers la fin du mois les douleurs lancinantes disparurent, 22 le malade voulut se promener dans le jardin sans le se d'un bras ni même d'une canne. Le résultat fut tellement courageant qu'il recommença le lendemain à plusieurs ses, parcourant environ 5 à 600 mètres chaque fois. Le 2 il quittait l'établissement pour faire un tour en ville.

« Vous ne pouvez vous imaginer le plaisir que j'épro me passer d'aide, c'est une nouvelle vie pour moi. »

Pendant les mois de juin et juillet, cette amélioration se tinua, et tout en conseillant de revenir de temps en te l'iodure, nous regardons notre malade, qui s'en va passe saison à Luchon, comme à peu près entièrement rétabli.

Cette observation, dont nous avons suivi les détails pe une année, nous offre plusieurs particularités fort intéress tout d'abord la bénignité des premiers accidents syphiliti Le chancre passé presque inaperçu ; il n'y a pas eu d nifestations secondaires, ce qui est d'ailleurs conforme à nion de Fournier : les syphilis légères comme manifest primitive fournissent le plus fort contingent aux acciden tiaires. Broadbent est encore plus affirmatif : les manifesta tertiaires sont liées fatalement à des accidents primitifs bé

Le long intervalle entre l'apparition du chancre et le 1 cident est digne de remarque : en effet, pour prendre les o ges récents, la plupart des observations de Fournier et cell sont rapportées dans les intéressantes leçons professées à la en 1882, par Lancereaux, donnent un intervalle moyen de ans. Ici le premier phénomène morbide, une chute de che lieu après 25 ans, et c'est seulement cinq ans après que l ladie est définitivement confirmée, soit 30 ans après le ch primitif.

l est difficile de faire rentrer dans une des 6 formes (cépha-
gique, congestive, épileptique, aphasique, mentale, paralyti-
) décrites par le Dr Fournier, les phénomènes constatés chez
re malade. Sans doute nous avons eu de la céphalée, mais
lieu d'être nocturne, elle se produisait pendant le jour, et
tôt par les temps humides ou orageux.

'observation suivante de Gamel (1) nous a paru présenter
c la nôtre un certain nombre de points de ressemblance. La
i résumée :

I. entre à l'hôpital de la Conception le 8 mars 1871, pour se
e soigner d'une céphalalgie extrêmement violente, et d'un
ut de stabilité dans les membres inférieurs qui entrave pres-
complètement la progresion. La locomotion est très difficile.
malade ne peut rester en équilibre, et pour faire quelques
il a besoin de l'appui de deux bras, non que ses muscles
nt paralysés ou atrophiés, mais parce que la coordination
rice n'existe plus.

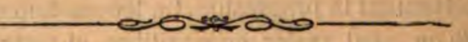
ès qu'il veut se mettre en marche, il s'incline de côté, et,
me entraîné, il étend les bras pour se retenir à un objet
in, à défaut duquel il va tomber un peu plus loin. Quant
douleur, il lui assigne comme siège constant et unique, la
e occipitale externe. Sauf un peu de dilatation pupillaire et
roubles de la vue, on ne remarque rien dans le domaine de
nsibilité spéciale. On hésitait à poser le diagnostic et à ins-
r le traitement, quand cet homme fut pris tout à coup de
a et s'éteignit subitement, sans avoir repris un instant cons-
ce de ce qui se passait autour de lui.

utopsie. Les méninges et la substance cérébrale sont très
gestionnées. Au centre du lobule droit du cervelet une tu-
r gommeuse du volume d'une amande dont certains points
mencent à être envahis par le ramollissement. L'examen
roscopique confirme l'origine spécifique de la tumeur.

est probable que notre malade était aussi porteur d'une
eur du cervelet dont j'attribue la guérison à la persistance
iâtre du traitement. La disparition brusque des phéno-
es morbides est aussi une des particularités de sa mala-
D'après Bouchardat (2), l'iodure de potassium et le mercure

Thèse de Paris, 1875.
Annuaire thérapeutique, 1884; p. 202.

sont les plus puissants des parasiticides ; ne pourrait- supposer qu'en dehors des lésions anatomiques des g si bien décrites par le Dr Cornil, il resterait dans le sang lonies de microbes, cause d'irritation et d'augmenta volume des productions syphilitiques. La destruction organismes serait rapidement suivie de la disparition meurs. C'est là évidemment une hypothèse sur laquelle saurions insister; mais une conséquence pratique qui se de cette observation, c'est l'efficacité des iodures don doit pas hésiter à prolonger l'usage avec des doses sans se préoccuper du peu de modification que l'on parfois pendant les premiers temps de la médication.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURN

—

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICA

Traitement de la dysenterie, par l'ipéca. — les observations témoignant des bons effets de l'ipéca dose dans la dysenterie ne fassent pas défaut, ce mode tement n'est pas aussi employé qu'il devrait l'être, et ce qu'on croit qu'il ne doit guère réussir que dans les pays et aussi parce qu'on craint de provoquer des vomissen coercibles qui constitueraient une fâcheuse complicati maladie qu'on veut combattre. Le Dr Jocelyn Seaton qualité d'attaché au service de l'Emigration a eu à trai moyenne de 20 cas de dysenterie par jour, considère comme le meilleur médicament contre la dysenterie, comment il l'administre.

Il commence par faire supprimer pendant deux heu boisson ; puis il fait introduire dans le rectum un sup opiacé ; vingt minutes après, application sur tout l' d'un large cataplasme de farine de lin et de moutard minutes plus tard on fait prendre au malade 2 gr. 50 d d'ipéca dans un biscuit ou du pain azyme. On fait b cuillerée de lait ou d'eau de riz pour faciliter la déglu l'ipéca, pas plus ; on fait ensuite garder le décubitus

supprimer toute boisson pendant au moins les deux heures qui suivent la prise d'ipéca.

Administré de cette façon, ce médicament a été, entre les mains de l'auteur, aussi efficace contre la dysenterie dans plusieurs centaines de cas que la quinine dans la fièvre paludéenne. (*The therapeutic Gazette*, août 1884.)

J. C.

Essence de térébenthine à l'intérieur dans la diphthérie.— Se basant sur les résultats obtenus dans six cas dont les syptômes étaient très accentués, le Dr Conrad George conseille l'essence de térébenthine à l'intérieur dans la diphthérie. Il l'a administrée dans du lait, à la dose de vingt gouttes chez un enfant de huit mois, et de deux cuillerées à café bien pleines chez un garçon de quatorze ans. Ce médicament a été très bien supporté par l'estomac. Le seul inconvénient qu'il ait produit, un peu de strangurie, a été dissipée par le laudanum et les fomentations locales.

Ces résultats confirment ceux obtenus par Satlow qui dans 43 cas de diphthérie grave (*Jahrbuch für Kinderheil.*, 1883) traités par la térébenthine n'a perdu qu'un malade. Sous l'influence de ce médicament, les fausses membranes commencent par s'humecter et par gonfler, puis les bords s'amincissent et les surfaces finissent par n'être plus recouvertes que par une très mince membrane qui ne tarde pas à disparaître.

Le Dr Georges fait remarquer que la térébenthine doit agir par ses propriétés parasiticides et que du reste elle doit combattre le principe morbide dans tout l'organisme, puisque son élimination par les reins, les intestins et les bronches montre qu'elle pénètre dans toute l'économie. (*The Therapeutic. Gazette*, août 1884.)

J. L.

—

MALADIES VÉNÉRIENNES ET MALADIES DE LA PEAU.

Des modifications que subit le sang chez les syphilitiques traités suivant la méthode des Drs Mc Dade et King. — Nos lecteurs se souviennent peut-être d'une analyse qui a paru dans le *Journal de Médecine de Paris* d'un

article du Dr Marion Sims, dans lequel le célèbre chirurgi
vante un remède antisyphilitique employé depuis un temps
mémorial par les Indiens Creeks de l'Amérique du Nord,
dont la base est de l'extrait de Shillingia Sylvativa et de Sar
parilla. Le Dr Ephraim Cutter vient de l'expérimenter av
succès, et voici quelles sont les modifications qu'il a constaté
dans le sang de ses malades. Cet auteur pose d'abord en f
qu'on peut reconnaître par l'examen microscopique seul
sang d'un syphilitique si sa syphilis est en voie d'évolution
si elle est guérie. Si elle est en voie d'évolution, on y trou
dit-il, des spores d'un parasite qu'il appelle le crypta syph
tica, et qui dans le sang récemment sorti de la veine, se me
vent avec rapidité, réfractent fortement la lumière et prenne
une coloration cuivrée quand on éloigne un peu l'objectif. C
parasites sont considérés, paraît-il, par beaucoup de syphil
graphes comme le caractère pathognomonique de la vérol
tant qu'ils existent dans le sang il faut traiter le malade. (
ils disparaissent avec rapidité par l'administration du
méde indien. Nous ne pouvons pas nous empêcher de prot
ter contre de semblables assertions. Rien dans l'état actuel
la science ne nous permet de dire que nous connaissons le p
rasite de la syphilis. Il n'a pas été encore cultivé et inocu
avec assez de certitude pour imposer la conviction. Il no
semble donc parfaitement antiscientifique de baser l'efficaci
d'une médication sur la disparition de ce parasite plus qu'h
pothétique. (*Gaillard's medical Journal.*) L. B.

Scrofule et syphilis infantile, par Gamberini. — L'a
teur essaie de démontrer que les lésions scrofuleuses ne son
dans l'immense majorité des cas, que des manifestations de l'i
fection tuberculeuse ; et, de plus, que ce que l'on était autref
convenu d'appeler la scrofule, a d'étroites relations avec un c
tain degré d'infection syphilitique le plus souvent d'origine h
réditaire. C'est toujours la même thèse que nous avons mi
en relief dans plusieurs de nos précédentes analyses : pour l
cole nouvelle, il n'y a plus de scrofule ; cette ancienne diathè
doit être rayée du cadre nosologique ; une partie des faits qu'
y rangeait est placée parmi les manifestations de la tuberculos
le reste est rattaché à la syphilis. Aussi les conclusions de l'a

ur sont-elles des plus catégoriques ; les voici à peu près tex-
ıellement : 1° Il n'y a aucune raison d'admettre une diathèse
rofuleuse. Les lésions que l'on désigne sous le nom de scrofuli-
s bénignes de la peau ou des muqueuses ne sont autre chose
ıe des processus inflammatoires ordinaires. La plus grande
rtie des scrofulides malignes ne sont que des tuberculoses
cales. 2° Elles ont donc une origine infectieuse comme les
sions syphilitiques. Il y a cependant cette différence entre le
incipe virulent de la tuberculose et celui de la syphilis, que
premier peut exister en dehors de l'organisme humain et
transmettre indirectement par l'atmosphère, tandis que le
cond demande à être directement inoculé. 3° Les deux prin-
pes virulents, lorsqu'ils trouvent des terrains favorables, ont
la tendance à produire d'abord des lésions locales, puis à se
néraliser dans tout l'organisme et à donner lieu à des acci-
nts plus ou moins graves. 4° La pénétration dans le sang du
incipe infectieux de la tuberculose peut parfois donner lieu
les phénomènes fébriles intenses comme dans les cas de tu-
rculose générale miliaire aiguë. 5° D'autres fois, au contraire,
ıfection tuberculeuse se développe lentement, d'une ma-
ère tout à fait insidieuse, donnant lieu à des lésions spé-
iques localisées à la peau, au tissu cellulaire sous-cutané,
x articulations et aux os. Ce sont là précisément les lésions
e l'on rangeait autrefois dans la scrofule. 6° Ce sont aussi cel-
qui, par leur aspect, par leur anatomie pathologique, par
ır évolution et par leurs terminaisons multiples, offrent le
ıs d'analogie avec les syphilides tertiaires. 7° Lorsque la sy-
ilis et la scrofule, c'est-à-dire la tuberculose coexistent chez
même individu, les deux affections suivent d'ordinaire cha-
ne leur évolution particulière sans exercer la moindre in-
ence l'une sur l'autre. (*Gaz. Méd. Ital. prov. Ven.*, 1884, n° 8.)

L. B.

**Syphilis et aphasie, gommes au niveau des cir-
nvolutions**, par le Dr Curnow. — Il s'agit dans cette ob-
vation d'un homme âgé de 32 ans, syphilitique depuis 5 ans,
qui présentait des symptômes de tumeur cérébrale. Quand
le reçut au Kings College hospital, il était atteint d'une
ıasie qui avait débuté la veille pendant qu'il était à son tra-

vail ; l'un de ses camarades lui adressa la parole, il ne p
pondre ; il avait un violent mal de tête, mais il ne per
connaissance. On lui administra de l'iodure de potassiu
dose de près de deux grammes toutes les quatre heures,
l'espace de dix jours, l'aphasie avait presque complè
disparu. On lui donna aussi du bichlorure de mercure
dant quelques jours l'amélioration continua ; mais, au
de six semaines environ, le mal de tête et l'aphasie se
duisirent avec perte de connaissance et affaiblissemen
duel ; enfin il mourut deux mois après son admission.
men nécroscopique révéla l'existence de trois tumeur
l'écorce cérébrale, ayant chacune les dimensions d'une
couronne, superficiellement situées dans la circonv
supra-marginale gauche : il y en avait une autre de la
seur d'une aveline sur la surface inférieure du lobe front
che tout à fait vers le bord de la Scissure de Sylvius ; e
en existait une dernière sur la partie moyenne de la f
férieure du lobe frontal droit. (*Med. Times and Gazett*
1884, p. 491.)

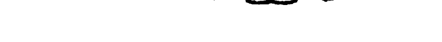
**Des rapports de l'ataxie locomotrice et de la s
lis**, par WEBER. — Dans une communication que l'au
faite à ce sujet à l'Académie de médecine de New-Yo
posé les conclusions suivantes : 1° Il n'est point suffisa
prouvé que la syphilis puisse être une cause directe d'ata
comotrice ; 2° Il est prouvé que la syphilis peut produi
taines lésions de la moelle épinière et de ses enveloppes
bien que de l'encéphale. Ces lésions sont souvent sui
symptômes tabétiques, et sont d'ordinaire bien amé
mais rarement guéries par le traitement antisyphilitiq
Si les lésions syphilitiques des centres nerveux se produi
très bonne heure, elles sont bien moins susceptibles d'
rétées par un traitement antisyphilitique méthodiq
lorsqu'elles se développent tard. Cependant, les compli
nerveuses s'observent surtout dans les cas anciens. 4° T
observateurs ont reconnu qu'une fois que les lésions s
tiques du système nerveux se sont bien établies, on pe
les améliorer, mais fort rarement les guérir par le trai

itisyphilitique. Aussi est-il nécessaire de soumettre les syphiiques dès leur infection à un traitement spécifique prolongé. Les frictions mercurielles sont le moyen le plus efficace que us possédions. (*New-York med. Journal*, 29 mars 1884.)

L. B.

Cas de Blennorrhagie avec rhumatisme articulaire gu et endocardite, par le Dr Railton. — Il s'agit dans ce s d'un jeune homme, âgé de 21 ans, qui contracta en août première blennorrhagie. Vers la fin du mois il cessa ses inctions, se croyant guéri, mais il vit bientôt reparaître une utte de pus. Vers le milieu de septembre, il commença à se ntir souffrant, avec frissons répétés, angine, douleurs dans membres ; la gorge continua à se prendre, puis les poiets enflèrent : bientôt plusieurs autres articulations furent vahies, et on commença à entendre un léger murmure sysique à la pointe du cœur. Vers la fin de septembre tous ces nptômes s'étaient bien amendés, mais le bruit de souffle tolique existait toujours et le deuxième bruit pulmonaire it très accentué. Au commencement d'octobre on entendait deuxième bruit systolique au foyer d'auscultation de l'aorte. rs le 22 octobre, la blennorrhagie disparut entièrement et c elle les bruits de souffle du cœur. (*Brit. med. Journal*, n 1884, p. 1142).

L. B.



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

Des formes cliniques de la colique hépatique, par le Olive. Thèse de Paris 1884. — Parmi le grand nombre de ses qui sont passées chaque année devant les diverses ultés, il en est malheureusement peu qui méritent d'attirer tention du public médical. Aussi nous saisissons avec pressement l'occasion qui s'offre à nous de présenter à nos eurs une monographie conçue à un point de vue tout à fait iique, ce qui est pour nous un sûr garant que l'auteur sera

dans sa pratique un observateur consciencieux et
clinicien.

Le plan adopté par l'auteur nous permet d'envisa
coup d'œil la question sous ses différents points de vue

Parmi les *causes principales* de la colique hépatiqu
trouvons l'arthritisme avec ses différentes manifestatio
que l'obésité, la gravelle, le diabète, etc., le repos fo
passions tristes, les professions sédentaires, l'abus de
tueux, une nourriture trop animalisée, l'usage de
farineux et d'aliments gras, différentes affections chr
du foie. Les causes déterminantes qu'il est utile de
sont presque toutes celles qui impriment de violentes s
aux organes de l'abdomen, telles que l'équitation, un
rapide en voiture mal suspendue, etc.

Dans les chapitres suivants, nous trouvons une des
très détaillée de la symptomatologie avec une étude
de tous les symptômes que l'auteur a dissociés pour
ressortir les particularités. Nous n'y insisterons pas, p
cette question est très connue ; mais nous nous étendr
volontiers sur le chapitre qui traite des formes frustes
Olive désigne sous le nom de coliques hépatiques pse
tralgiques qui diffèrent de la gastralgie par les ca
suivants :

« 1° La gastralgie présente des douleurs plus fréquen
répétées ; la colique hépatique pseudo-gastralgique
douleurs plus espacées. Ainsi le gastralgique ne res
deux, trois, quatre mois sans souffrir, tandis que le
gastralgique restera plusieurs mois sans avoir de
celles-ci se montrent chez lui par accès.

2° Le gastralgique souffre à jeun ou sous l'influe
repas. L'heure de la pseudo-gastralgie, ce n'est jama
ni pendant, mais deux heures après le repas.

3° Les douleurs surviennent d'une façon soudaine
colique hépatique, ce qui existe à un degré moins
dans la gastralgie.

4° Dans la colique hépatique pseudo-gastralgique, les
ont des irradiations du côté de l'épaule. Dans la gastra
de semblable ; mais il peut exister une névralgie int
réflexe.

5° Après la colique hépatique pseudo-gastralgique, même sans ictère, les urines sont rouges et contiennent du pigment biliaire. On n'en trouve jamais dans les urines des gastralgiques et leurs accès se terminent par l'émission d'urines ordinairement limpides.

Tel est, en résumé, ce travail qui donne un aperçu très complet de la symptomatologie des coliques hépatiques. Il est, ce que devrait être toute thèse, l'exposé des observations que l'auteur a recueillies dans les hôpitaux. Aussi nous féliciterons M. Olive de la sagacité qu'il a mise dans le choix de son sujet et de la manière heureuse dont il s'est tiré d'une tâche toujours délicate et souvent ingrate.

PAUL RODET.



FORMULAIRE

Traitement antiseptique de la fièvre typhoïde.

M. C. G. ROTHE.

Le malade, couché dans une chambre bien ventilée, avec une fenêtre ouverte, autant que possible, prend le soir, dès le début, une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Acide phénique....	ãã 50 centigr.
Alcool	à 1 gram.
Teinture d'iode....	10 à 15 gouttes
Eau de menthe....	100 grammes.
Teinture d'aconit...	1 à 2 —
Sirop d'écorces d'oranges..........	10 à 15 —

Pour les enfants de moins de 10 ans, on se borne à une cuillerée à café.

Il ne faut pas réveiller les malades pendant la nuit, quand la température s'élève dès le début à 40 degrés et au-dessus, on enveloppera les malades dans des draps mouillés, et cela jusqu'à ce qu'elle se soit abaissée, que le pouls soit ralenti et que l'agitation diminue; en général, il faut d'un à trois jours. On nourrit les malades avec du lait ou du beurre.

—

De la noix de Kola

par M. NATTON.

Le thérapeutiste doit être au courant des découvertes de tous les produits pharmaceutiques et de leur action: la noix de Kola (Sterculia accuminata) est du nombre; elle nous est envoyée de l'Afrique centrale; on l'emploie soit torréfiée en infusion, soit à l'état frais ; elle contient une grande quantité de caféine, un peu de théobromine et du tannin. Les noix de Kola sont employées dans les diar-

rhées chroniques, dans les affections cardiaques et dans les cachexies. M. Dujardin-Beaumetz les a employées soit torréfiées en infusion (2 tasses à 15 par jour), soit sous forme de chocolat ou de teinture.

CHOCOLAT.

Saccharine de Kola pulvérisé	60 gram.
Cacao caraque pulvérisé.	40 —
Cannelle en poudre	0,50 c.

SACCHARURE.

Kola fraîche	100 gr.
Sucre	200 —

Pilez, faites sécher à l'étuve.

TEINTURE.

Kola sèche pulvérisée	100 g
Alcool à 60 degrés	500

Macérez 15 jours.

POTION.

Teinture ou alcoolature de kola	5 à 20
Teinture de cannelle	1 gram
Eau-de-vie vieille	Q. S.
Sirop d'écorce d'orange amère	30 gra
Eau distillée	150 —

A prendre par cuillerées à bouc

VARIÉTÉS

—

Hopitaux de Paris. — *Amphithéâtre d'anatomie.* Année 1884-1 MM. les Élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus les Travaux anatomiques commenceront le lundi 20 octobre, à l phithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'o suivant :

1° *Anatomie topographique.* — M. le Dr Tillaux, Directeur des vaux anatomiques, les lundis et vendredis ;

2° *Physiologie.* — M. Ricard, 1er Prosecteur, les mardis et je

3° *Anatomie descriptive.* — M. ..., 2e Prosecteur, les mercred samedis.

4° *Histologie.* — M. le Dr A. Siredey, Chef du Laboratoire, mardis et vendredis, à deux heures.

Le Laboratoire d'histologie sera ouvert aux Élèves pendant t la durée des travaux anatomiques.

Le Musée d'anatomie sera ouvert *tous les jours*, de une à qu heures.

Cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urin. — Le Dr H. Picard commencera ce cours le vendredi 17 octobre heures, 13, rue Suger, et le continuera les lundis et vendredis suiv à la même heure.

Légion d'honneur. — Sont promus au grade d'officier : MM Drs Massaloup (Auguste-Éleuthère), médecin principal de 1re c à l'hôpital militaire de Perpignan ; 31 ans de services, 17 ca

gnes. Services exceptionnels pendant l'épidémie du choléra. Chevalier du 27 juin 1868. — Accarias (Adolphe-Romain), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Marseille ; 35 ans de services, 12 campagnes. Services exceptionnels pendant l'épidémie du choléra. Chevalier du 11 juillet 1863.

Sont nommés chevaliers : MM. les Drs Pelloux (Félix-Antoine-Pierre-Guillaume-Bruno-Henri), médecin-major de 2e classe ; 19 ans de services, 9 campagnes. Services exceptionnels pendant l'épidémie du choléra. — Bertrand (Casimir-Emmanuel-Jean-Baptiste), médecin-major de 2e classe ; 19 ans de services, 8 campagnes. Services exceptionnels pendant l'épidémie du choléra. — Cabanié (Louis-Clément), médecin-major de 2e classe ; 17 ans de services, 2 campagnes. Services exceptionnels pendant l'épidémie du choléra.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort des docteurs : HUARD; — Dr FROC, de Sermaises (Loiret) ; — CACCIALUPI ; — Louis SOMMA, de Naples, directeur des *Archivio di Pathologia infantile*. Ces deux confrères italiens sont morts du choléra.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour trois places de médecin du bureau central*. — Ce concours s'ouvrira mercredi prochain 15 octobre. La composition du jury n'est pas encore définitive, mais elle sera très probablement la suivante : MM. Hayem, Ferréol, Lecorché, Cadet de Gassicourt, Triboulet, Gallard, Empis, Dujardin-Beaumetz, Nicaise.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le jury du concours pour une place de médecin-adjoint de la Salpêtrière est composé de MM. Falret, Espiau de Lamaestre, J. Voisin, Charpentier, Proust, Guyot, R. Moutard-Martin.

Les candidats, au nombre de quatre, sont MM. Féré, Respaut, Saury et Vallon.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 *octobre* 1884. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

M. Armand GAUTIER donne lecture des résultats d'une enquête faite par lui au sujet des eaux de Paris. Il se résume de la façon suivante :

« Au point de vue le plus grave et le plus pressant, l'Administration de la ville de Paris s'est mise en mesure de fournir à la banlieue, alimentée jusqu'ici par les eaux infectées de la prise d'eau de Saint-Denis, 8,000 mètres cubes d'eau de Seine prise en amont.

« Elle a fait établir aux abords de toutes les rues où il n'y a pas de double canalisation, des fontaines à repoussoir alimentées en eau de source. Au point de vue des égouts et de l'assainissement du fleuve, MM. les ingénieurs du département viennent de présenter au Conseil général un projet de double

égout collecteur longeant parallèlement les deux rive
Seine et allant déboucher à Achères. Ces deux égouts d
ront toutes les déjections de Paris et de ses usines de
avant Ivry. Enfin, dans sa dernière séance, le Conseil n
pal s'est montré favorable à l'exécution prochaine d'un
vel aqueduc destiné à doubler l'alimentation de Paris
de source. Les études déjà faites permettent de comp
plus de 150,000 mètres cubes d'eau par jour. »

M. Marey lit un long et très important travail ayan
titre : *De la Contamination des eaux comme source de*
pagation du choléra.

L'examen des documents recueillis sur les épidém
choléra montre, dit l'auteur, que la contamination des
joue un rôle très important dans la propagation de cett
ladie.

Cette idée de la contagiosité par les eaux est largeme
pandue dans le peuple, qui la traduit parfois brutalem
disant que les puits sont empoisonnés.

Depuis les anciennes épidémies de l'Inde, jusqu'à cel
ont été observées dans nos plus petits villages, on peu
vent suivre l'action des eaux pour le transport et la propa
du choléra. Cette influence est à chaque instant signal
les observateurs, mais c'est aux vapeurs de ces eau
brouillards qui en émanent, à l'humidité qu'elles entreti
dans leur voisinage qu'est attribuée leur fâcheuse influe

Presque jamais, dans les observations françaises du
on ne tient compte du danger qu'il y a d'introduire da
ganisme humain les germes du choléra par l'ingesti
eaux contaminées.

Cette idée de la transmission du choléra par les eau
émise et démontrée par le docteur Blanc, chirurgien-majo
l'armée britannique. Le docteur Snow avait déjà rela
servation mémorable d'un quartier tout entier de Londre
lequel le choléra avait été introduit, distribué en quelqu
dans chaque maison avec les eaux potables, contam
leur source.

M. Marey a entrepris à ce sujet des recherches dont il
exposer les résultats.

Il fait observer d'abord que la transmission du cholé
les eaux rend compte de certains faits inexplicables par
transport des germes dans les poussières atmosphérique

Le choléra suit fréquemment les cours d'eau et se p

souvent dans le sens du courant. Il existe de nombreux exemples de séries de villages riverains d'un cours d'eau et envahis à des dates successives dans le sens même du courant.

Une carte dressée d'après une statistique de Noirot, pendant l'épidémie de 1854, dans le département de la Côte-d'Or, montre comment, sur le trajet de deux petites rivières, la Tille et la Bèze, qui se jettent dans la Saône, le choléra apparut à des dates successives en suivant le cours de l'eau.

Cette influence nocive des eaux implique nécessairement que les habitants des villages infectés en aient fait usage pour leur boisson.

Quant à la contamination du ruisseau lui-même, elle s'explique aisément par la vicieuse habitude qu'ont les gens de la campagne de répandre au hasard les déjections cholériques. Entraînées par les pluies, ces matières souillent nécessairement les cours d'eau, les fontaines et les puits peu profonds. L'influence mystérieuse des orages sur l'apparition des épidémies ou sur l'accroissement de la mortalité n'a plus rien qui étonne.

La production des foyers épidémiques localisés dans certaines rues ou dans certaines maisons semble être la conséquence nécessaire de la contamination des eaux potables.

L'immunité de certaines villes alimentées par des eaux de sources ou par des torrents rapides s'explique par la pureté même de ces eaux.

Enfin la marche de l'épidémie dans les prisons, les couvents, les établissements d'instruction, les asiles d'aliénés, montre que ces établissements, généralement fermés aux causes de transmission de l'épidémie par les personnes venant du dehors, sont très souvent indemnes.

Mais, si un cours d'eau les traverse, ou si une canalisation leur apporte de l'eau souillée pour les usages alimentaires, tous les habitants de ces établissements sont soumis à l'influence nocive et le choléra fait parmi eux les plus grands ravages.

Enfin, l'intensité graduelle de la pollution des eaux croissant avec le nombre même des malades et la répétition quotidienne des influences nuisibles, ne saurait-elle expliquer la gravité croissante des troubles digestifs qui s'observent sur la population entière d'un pays avant l'explosion du choléra confirmé ? Ces constitutions médicales à gravité progressive ne seraient-elles pas l'expression d'une augmentation graduelle dans la

proportion des éléments contagieux contenus dans les
potables ?

L'auteur passe en revue les documents qui établissent
manière irréfragable l'influence de la contamination des
potables sur la propagation des épidémies de choléra,
ments empruntés soit à l'étranger, soit à la France ; il e
ensuite les recherches personnelles auxquelles il s'est
lui-même. Il a eu la bonne fortune de trouver relativem
sa ville natale des renseignements statistiques assez com
même un petit plan de la ville de Beaune joint au rappo
la marche que le choléra y a suivie en 1849.

Il résulte des statistiques recueillies dans l'arrondisse
de Beaune que cette ville est un remarquable exemple de
pagation du choléra par l'eau de la petite rivière qui la t
se. De même dans le village de Meursault, situé dans le
virons de Beaune, l'épidémie fut propagée par suite de l'
tude qu'avaient les habitants de faire usage de l'eau de l
me rivière pour les besoins domestiques. D'autres villag
rent dans le même cas. Partout dans les observations f
ce sujet, on trouve des formes variées de contaminati
eaux potables et, en correspondance avec ces formes, des
épidémiques de caractères différents : vastes surfaces jo
de morts, quand une canalisation y distribue des eaux
lées par les déjections cholériques ; enclaves de faible mo
pour les quartiers alimentés d'eau pure ; épidémies de r
long d'égouts dont les eaux infectes s'infiltrent dans les
groupes de maisons atteintes autour d'un puits contami
le long d'un cours d'eau dont on peut suivre l'influence
gereuse tout le long de son parcours.

La transmission du choléra par les eaux souillées se m
donc avec une évidence suffisante et on voit que ce mo
transmission prédomine sur tous les autres, puisque,
seul, il règle la place où se développent les foyers épidém
Et si l'on considère que ces observations ont été recueilli
des conditions mauvaises, avec des documents incon
souvent d'après des souvenirs, ne doit-on pas espérer q
recherches futures dirigées sur des points soigneusemen
fiés seront encore plus fructueuses ?

L'auteur termine par l'exposé des renseignements
recueillis sur la marche de l'épidémie de choléra en It
qui démontrent, suivant lui, de la manière la plus évi
l'influence des eaux potables sur le développement de c

démies. On a donc le droit, dit-il, dès maintenant, d'affirmer que parmi les influences multiples qui peuvent transmettre le choléra, il en est une qui, par son intensité, paraît dominer toutes les autres, c'est la souillure des eaux livrées à l'alimentation publique.

« Assurer, dans chaque localité, la pureté de ces eaux potables devra être la première préoccupation des hygiéniste, le premier devoir de l'administration. » (Applaudissements nombreux et prolongés.)

M. Jules Guérin dit que la communication de M. Marey est trop importante pour qu'elle soit mise en discussion avant d'être imprimée au *Bulletin* ; il demande donc que la discussion soit renvoyée après cette publication. Cetle proposition est adoptée après une courte discussion.

M. Le Roy de Méricourt lit un rapport sur le pièces de correspondance relatives au choléra transmises à la commission des épidémies. Il signale particulièrement le rapport de la commission nommée par la Société nationale de médecine de Marseille au sujet du choléra ; cette commission était composée de MM. Sicard, Taxis, Bouisson, Queirel, Poncel et Chareyre ; rapporteur, M. Livon. Elle a répété les expériences faites par les savants français et allemands sur les déjections et le sang des cholériques. Il s'agissait surtout de contrôler les assertions de M. Koch.

Voici le résultat de leurs recherches : il y a constamment un rapport inverse entre la proportion des bacilles et la coloration des selles ; les déjections riziformes sont celles qui en contiennent le plus.

En résumé, d'une série de 41 expériences la commission de Marseille se croit autorisée à formuler les conclusions suivantes :

1° Le choléra peut se transmettre aux animaux ;

2° Le contenu stomacal, intestinal et les déjections même les plus riziformes sont absolument inoffensifs ;

3° Il en est de même du sang recueilli pendant la période de réaction ; c'est seulement dans la période algide que le sang a une propriété infectieuse, conclusion conforme à celle formulée par M. Robin en 1865 ;

4° Cette propriété est d'autant plus énergique que l'on est plus rapproché de la période de début ; elle disparait au bout de vingt-quatre heures environ.

Il en résulterait que la théorie allemande n'est qu'une hypo-

thèse qu'aucune expérience ne justifie et qui, dans le m
propagation du choléra, trouve une réfutation nouvel
commission repousse donc l'assertion de M. Koch, relat
bacille virgule. En dernière analyse, la commission peut
dire *ce que le choléra n'est pas* que *ce qu'il est.*

Le rapport se termine par des objections relatives aux
mations de M. Koch sur le mode de propagation par l'e

Il résulte d'une enquête faite à Pondichéry et en d'
lieux que les faits observés sont en contradiction absolu
les assertions du savant allemand. De nouvelles rech
faites dans l'Inde sur l'importance des bactéries dans le c
par les micrographes les plus autorisés, sont venues co
ment détruire la théorie soutenue par M. Koch.

— M. le docteur Vailhé adresse à l'Académie la rela
l'épidémie cholérique qui a sévi à Cette en août et sept
Ce confrère se montre partisan convaincu de la doctrin
constitution prémonitoire et de la *non-contagiosité.* C
lation est transmise à la commission du choléra.

— M. Cauvy, professeur honoraire de l'Ecole de pha
de Montpellier, qui a consacré plusieurs années de sa v
chercher les moyens de détruire la muscaridine, adres
note sur l'emploi du soufre comme parasiticide dans l
léra. Il s'appuie sur les effets du soufre pour détruire
croorganisme, cause de la muscaridine. Il propose d'ap
l'acide sulfureux et l'éther soufré au traitement des m
parasitaires.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ÉLYSÉE

Séance du 7 juillet 1884. — Présidence de M. Nic

M. le Dr Félizet donne lecture d'un travail intitulé :
ragraphe de l'histoire des corps étrangers (sera

Les Drs Alfred Guillon et Roussel font connaître q
opérations qu'ils ont pratiquées à la recherche de fra
d'aiguilles.

Le Dr Nicaise a eu bien des fois l'occasion de reti
aiguilles ayant pénétré dans les tissus, notamment dan
d'une dame qui, étant couchée, avait laissé tomber des
les dans son lit ; une autre fois chez une jeune fille, i
une incision suivant le sens de l'axe de l'aiguille, sur l
douloureux, dans le voisinage de la rotule, pour reti
aiguille.

Une aiguille qui disparait dans les tissus peut amener des accidents très graves. A ce propos, le Dr Nicaise raconte avoir vu mourir à l'hôpital un individu présentant tous les signes de l'empoisonnement (vomissements, etc.) ; on avait su qu'une aiguille qui attachait la blouse de cet homme avait pénétré dans sa poitrine. A l'autopsie on trouva une aiguille dans le péricarde.

Le Dr Sanné, pour retirer des aiguilles, sans faire d'incision, a pu faire buter la tête du corps étranger et, par pression, la pointe est venue faire saillie au travers des tissus.

Le Dr Nicaise a souvent vu des personnes venir réclamer l'extraction d'aiguilles qui, disaient-elles, avaient pénétré dans leurs doigts ; il a pour principe, quand il ne sent pas le corps étranger de ne pas aller à la recherche, n'étant pas toujours certain qu'il soit entré dans les tissus.

La séance est levée à 9 h. 35.

En raison des vacances, la prochaine réunion n'aura lieu que le premier lundi d'octobre.

Des aiguilles perdues dans les tissus, par G. Félizet, chirurgien des hôpitaux (1).— Le hasard a mis sous mes yeux, depuis quelques années, une *série* de faits de cette nature, et j'ai cru trouver, en étudiant avec soin cette petite question, quelques éléments d'intérêt, que je me fais un devoir de soumettre à l'appréciation de mes nouveaux collègues.

Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici des aiguilles récemment implantées et dont les malades viennent nous réclamer l'extraction, en nous racontant les circonstances et les conditions de l'accident.

Il s'agit d'aiguilles ayant pénétré on ne sait comment, on ne sait quand, on ne sait par où, aiguilles dont la présence occasionne des troubles d'une interprétation d'autant plus difficile que le malade proteste de prime abord contre la réalité vraie et que le diagnostic s'appuie sur des signes commémoratifs insaisissables, sur des signes fonctionnels décevants et sur des signes physiques difficiles, que le médecin doit savoir lever, saisir, isoler, dans un examen méthodique, à la fois audacieux et prudent.

(1) Note lue à la Société médicale du VIIIe arrondissement le 7 juillet 1884.

Cette note comprendra deux parties :

A. Le diagnostic de la présence de l'aiguille.

B. Letraitement qui convient.

Diagnostic.—Le temps m'a manqué pour recueillir l
faits qu'il m'a été donné d'observer depuis quatre ans.

J'énoncerai simplement ici quatre faits qui sont asse
téristiques et dont la brièveté me permettra de ne point
de votre patience.

1er Fait.— Une femme de chambre, adressée pa
confrère le Dr de Beauvais au Dr Périer, que je rem
en 1880, à St-Antoine.

Faux pas. Chute contre un meuble.

Douleur immédiate atroce de la main.

Impotence du pouce, en extension et en abduction.

Gonflement de la main et du poignet.

Pas de luxation, pas de fracture.

Pression de la masse des muscles thénar contre le m
pien : indolente flexion du pouce ; douleur violente.
ment, pression à la racine du pouce dans l'axe du méta
violente douleur. Sensation d'une résistance.

Incision. Extraction d'une longue aiguille.

2e Fait.— Hôpital Saint-Louis. Salle Nélaton. Octob

Un menuisier de 35 ans environ.

Depuis 6 mois, gêne des mouvements de la cuisse dr

Tumeur circonscrite à la partie antérieure.

En octobre, à l'occasion d'un faux pas, douleur viole
cessitant l'entrée à l'hôpital.

Tumeur volumineuse, sessile, peu mobile.

Production de craquements très accentués.

La pression franche et à plat est indolente.

Pression latérale indolente.

Pression de bas en haut et de haut en bas. Doule
lente.

Le diagnostic est très discuté par les assistants cand
bureau central.

On affirme :

D'après les craquements, une exostose rompue.

D'après le siège et la consistance, syphilis, sarcômes.

J'incise, avec l'assistance de MM. Caron, Ledroitte et Boulay.

Extraction d'une aiguille fixée dans le droit antérieur.

3e Fait.— Mlle Germaine A., jeune fille bien conformée, 15 ans.

En descendant l'escalier, violente douleur, à la face externe du talon droit. Tuméfaction presque immédiate et circonscrite.

Je l'examine le 3e jour (janvier 1884).

Petite tumeur oblongue, horizontale, au-dessous de la saillie des péroniers, en avant de la bourse retro-calcanéenne.

Indolence à la pression à plat.

Douleur vive à la pression en avant et en arrière.

Pas de commémoratif d'aiguille avalée ou introduite.

L'axe de la tumeur est dessiné avec le nitrate d'argent.

Trois jours après, l'aiguille s'est élevée de 2 ou 3 millimètres au-dessus du trait de nitrate d'argent.

Opération faite avec l'assistance de mon ami le Dr Cartaz.

Extraction d'un fragment d'aiguille de 1 centimètre de long.

4e Fait. — Andrée B. 7 ans, nièce de notre confrère le Dr Maury.

A la fin du diner, l'enfant, en se penchant sous la table, est prise d'une violente douleur au genou.

Le Dr Maury constate immédiatement une saillie aiguë de la peau entre la rotule et le condyle externe.

Le lendemain on m'appelle : la saillie a disparu.

Exploration méthodique : détermination d'un point douloureux.

Chloroforme. Incision, avec les Drs Maury et Castaz.

Extraction d'une pointe d'aiguille de 1 centimètre implantée à pic dans le vaste externe et pénétrant dans l'articulation.

Voilà donc quatre faits.

Avec des différences considérables dans le siège de la lésion, dans l'âge et les conditions de vie des malades, on peut relever une singulière communauté de caractère.

A. Le premier caractère est la soudaineté des accidents qui appellent l'attention des chirurgiens.

Une aiguille séjournait dans les tissus, elle y était tolé
plutôt méconnue et c'est à l'occasion d'un mouvement bru
chute, faux pas, flexion violente — qu'elle trahit sa pré
comme si ce faux mouvement, en déplaçant le corps ét
et en le mettant en travers transformait les conditions
séjour tranquille et toléré en un accident récent.

B. Un second caractère très important, c'est le sens de
sions qui donnent à l'exploration des points de douleur
ma, à l'inverse de certaines tumeurs irritables, de c
névromes, de quelques néoplasmes sensibles à la pressi
tous les sens, le corps étranger (aiguille) peut être indi
ment pressé et ballotté sans provoquer une trop vive d

Mais il existe — et le fait est capital — deux points
tralement opposés qui donnent à la pression une se
extraordinaire et comme pathognomonique.

Ces deux pointes correspondent aux deux extrémité
guille et une ligne menée d'un de ces points à l'autre
en formulant le diagnostic du corps étranger, d'en pré
l'avance les dimensions et la position.

Cette exploration, qui n'est pas toujours facile avec
est singulièrement facilitée par l'emploi d'une petite
bois et d'ivoire, et mieux encore par l'usage de l'extré
caoutchouc d'un protège-pointe.

Cette double sensibilité *maxima* diamétrale à la pressi
que dans le fait où l'aiguille étant implantée à pic (cas
fant B), et il faut reconnaître que sans le commémorat
saillie donné par notre confrère éclairé le Dr Maury, le
tic eût été très difficile.

C. Un signe important et dont la production sembl
tacher au contact de l'aiguille avec le tissu musculai
le *craquement* ; craquement net, très accentué, d'une i
de son hors de proportion avec les dimensions d'une
aiguille.

Il y a, dans l'exagération même de cette sensati
sorte d'illusion du tact, qu'il faut connaître et savoir i
ter.

En résumé :

La soudaineté d'apparition des phénomènes doulour
l'exaltation de la sensibilité à la pression aux deux ext

d'un diamètre, — parfois la perception d'un craquement, tels sont les signes qui m'ont semblé établir le diagnostic de la présence d'une aiguille dans les tissus.

Traitement.

L'indication est formelle : il faut extraire le corps étranger. Or, l'extraction d'une aiguille, alors même qu'on la sent nettement sous le doigt, qu'on en détermine la position et les dimensions, l'extraction d'une aiguille n'est pas toujours chose facile et il n'est personne d'entre nous qui n'ait fait l'expérience des difficultés accompagnant l'extraction de ce petit corps étranger.

Qu'il s'agisse d'une aiguille récemment implantée d'après les commémoratifs du malade ou d'une aiguille séjournant à son insu, voici le mode d'intervention qui m'a semblé le plus simple, le plus court, le plus commode et le plus sûr.

Si l'on n'a pas réussi, par une pression convenable, à pousser l'aiguille au dehors (et le résultat est plus qu'hypothétique quand il ne s'agit pas d'une aiguille entière), il faut inciser et marcher droit au corps étranger.

Or, l'incision parallèle à l'axe de l'aiguille, celle qu'on est le plus naturellement tenté de faire, cette incision vous expose à chercher en vain, soit en deçà, soit au delà, soit à côté.

Nous conseillons donc d'inciser d'autorité dans le sens perpendiculaire à l'axe de l'aiguille.

Que l'incision soit assez nette et assez profonde pour qu'on puisse engager l'extrémité d'une pince à verrou, qui saisira l'aiguille au point ou le tranchant du bistouri l'aura heurtée.

L'aiguille ainsi saisie ne s'échappera pas ; une seconde incision complétant le T en dégagera l'extrémité et l'extraction s'opérera avec une facilité surprenante.

Si l'aiguille est implantée à pic (cas de l'enfant B), la conduite est un peu différente.

L'incison sera semi-circulaire autour du point sensible et, une fois la peau coupée, le tranchant incliné convenablement, visera à rencontrer à angle droit l'axe même de l'aiguille.

Une pince, engagée comme précédemment dans l'incision, saisira le corps étranger et le bistouri n'aura d'autre objet

que de le libérer dans le sens le plus favorable à l'e
tion.

En résumé :

Une première incision par le travers, permettant de
l'aiguille sur son plein, et une seconde incision permett
dégager le corps étranger de son enclavement. Tels so
deux temps d'une petite manœuvre opératoire qui s'ap
également aux aiguilles récemment entrées et aux ai
perdues dans les tissus.

G.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 21 *août* 1884. — Présidence de M. GREN

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté

La correspondance comprend les publications pério
ordinaires.

M. DUCHESNE offre à la Société un exemplaire de la deu
édition de son *Traité élémentaire d'Hygiène*, publié en c
ration avec M. Michel, dont le premier tirage a été rapic
épuisé et qui, récemment, a été adopté par les bibliotl
municipales.

M. DUCHESNE adresse quelques observations au sujet
tard et de l'inexactitude apportés par le journal de la So
la publication des travaux.

A l'unanimité, les membres présents invitent M. BROC
crétaire général adjoint, à écrire à M. le directeur du *J*
de Médecine pour le prier de vouloir bien désormais pu
leur tour et aussi rapidement que possible les communi
faites à la Société.

M. BROCHIN, secrétaire général adjoint, donne lectur
travail de M. COURSSERANT intitulé : *De l'Iridotomie*
publié).

M. LACAZE lit un mémoire *Sur le Choléra dans l'Ind*
publié).

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire annu

Dr LARRIVÉ.

Le Gérant : Dr A. LUTAU

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André,

4e Année. — T. VII. N° 17 25 Octobre 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LES EAUX DE PARIS.

L'intéressante discussion commencée à l'Académie de méde cine et dont nous reproduisons une partie, montrera à nos lecteurs la situation de Paris au point de vue de la consommation et de la distribution des eaux potables.

Dans une séance précédente, M. Daremberg avait démontré que l'eau de Seine en amont de Paris était déjà infectée. De nouvelles analyses lui ont démontré que cette eau contenait déjà 12 milligrammes de matières organiques à Melun, 16 à Choisy-le-Roy et 17 au pont d'Ivry. Si cette eau est envoyée à la banlieue de Paris pour son alimentation, le remède adopté n'aura aucune efficacité.

L'analyse chimique comparée des eaux de sources contenues dans les réservoirs et versées par les robinets montre que dans

FEUILLETON

LE MALTHUSIANISME EN ANGLETERRE

—

Nous recevons de notre collègue le Dr Drysdale, de Londres, la lettre suivante :

Monsieur et très honoré confrère,

Comme je vous ai trouvé presque le seul à Paris admettant la théorie du *principe de population*, et son influence sur l'hygiène publique, je désirerais discuter la question d'une loi dirigée contre la production des nombreuses familles, qui sont si générales en Anglererre et en Allemagne, et encore dans quelques régions de la France, telles que la Savoie, la Bretagne, [illegible] .M. d'Haussonville, dans un article dans la *Revue des Deux* [illegible] *ondes*, a dernièrement expliqué qu'à Paris il existe, dans les [illegible] 'artiers indigents probablement, une moyenne de près de trois [illegible] fants par famille contre un enfant dans les familles des ri[illegible] s dans les quartiers heureux de cette ville.

les réservoirs ces eaux ont une composition fixe et bon
milligrammes de matières organiques) ; qu'au contra
ont une composition variable dans la même rue et
jour et que souvent elles sont très riches en matières
ques (4 à 5 milligrammes par litre). Ces analyses prou
dans la canalisation il reste en certains points des ma
ganiques et des germes provenant de l'eau de rivière
envoie dans les moments de pénurie. Ainsi ces eaux di
à Paris ne sont pas exemptes de dangers pour la santé p

M. Colin a fait remarquer qu'il n'est pas même beso
lyse chimique pour constater l'impureté des eaux de
Marne à Maisons-Alfort reçoit un égout près du pont
renton, égout qui amène une grande quantité d'eau sale
ce niveau l'eau est très trouble et très impure. M. Coli
l'infection des égouts d'Alfort par les employés de la Co
Lesage qui, lorsqu'ils sont en retard, déversent leurs t
dans ces égouts.

L'eau amenée à l'Ecole d'Alfort est très impure.
ment les ingénieurs de la Seine font tout ce qu'ils peu
infecter nos rivières et nous faire boire des matière

M. Gautier montre les difficultés du problème. Si
fermer les usines Lesage, celle de Billancourt, par

A Londres, nous savons que la vie moyenne des clas
est à présent de 55 ans, tandis que parmi la classe
à Lambeth la vie moyenne est de 29 1/2 ans. Et nous
qu'à Hampstead, paroisse de Londres peuplée par u
aisée, la mortalité n'est que de 12 par 1,000 habitant
et la natalité seulement de 22 par 1,000; tandis qu'à V
pel, la mortalité par an est de 26, et la natalité de 40
habitants vivants.

Permettez-moi donc de discuter dans votre jour
d'une loi dirigée contre cette trop rapide natalité qu
d'enfants et d'adultes.

*Remèdes d'Etat contre la Pauvreté, proposés par
Mill en Angleterre, et adoptés par plusieurs de ses
en Angleterre.*

Tout le monde à présent sait bien que la pauvre
cause principale de la mort prématurée. Je veux do
ici d'une tentative de faire disparaître la pauvreté a
de dispositions légales, de la seule façon qui soit possi

que fera-t-on des matières fécales produites en si grande quantité par une ville comme Paris ?

M. Bouley. Il faudrait fermer les anus aussi.

M. Brouardel ne pense pas que la solution proposée par M. Gautier soit suffisante. Il ne faut pas confondre, comme on le fait trop souvent, ce qui pue avec ce qui est dangereux. Ainsi que l'a fort bien dit M. Bouley : « Tout ce qui pue, ne tue pas ; tout ce qui tue, ne pue pas. » Sous le prétexte d'ailleurs très légitime qu'elles répandent de mauvaises odeurs, il ne faudrait pas faire fermer les usines qui s'occupent de transformer les matières fécales en les utilisant. Avec ce système, on arriverait tout simplement à faire jeter à la Seine des matières fécales n'ayant subi aucune transformation et d'autant plus dangereuses pour cela. Le mal est qu'on n'ait pas su prendre à temps les mesures nécessaires.

Aujourd'hui, on est en présence de solutions détestables, quel que soit le parti qu'on prenne. Il s'agit de prendre le moins mauvais. Si l'on ferme les usines, on met en danger les populations de Paris et de la banlieue, en les exposant au déversement des matières fécales en nature dans la Seine. Il importe donc de rappeler qu'il y a lieu, avant tout, de sauvegarder la Seine de la pollution par les matières fécales, ainsi

---

à-dire par une loi qui limite la famille, et qui défende à toute personne, qu'elle soit riche ou pauvre, d'avoir plus qu'un petit nombre fixé d'enfants.

M. John Stuart Mill, le grand penseur de ce siècle, s'était prononcé en faveur d'une telle mesure. Il dit dans son économie politique : « Il serait possible à un Etat de garantir à tous ceux qui naissent du travail bien rétribué. Mais si l'Etat le fait, il est tenu, pour se protéger lui-même et dans l'intérêt de tous les objets pour lesquels le gouvernement existe, de s'arranger de manière à ce que personne ne vienne au monde sans son consentement ».

Dans un autre ouvrage, en défendant la Révolution française de 1848, il s'exprime ainsi : « Le résultat pratique de la vérité tout entière pourrait bien être celui-ci, que toutes les personnes vivantes se garantissent, par leur organe l'Etat, le moyen de gagner par le travail des moyens d'existence suffisants, mais en renonçant au droit de propager l'espèce à leur gré et sans limites : toutes les classes, et non pas les pauvres seulement,

que l'a demandé M. Bouley. Il faut demander l'exécu lois de 1789 et 1790, qui interdisent la souillure des ea bles. Il importe de ne viser, dans cette demande, qu tion des eaux de la Seine par les déjections humaines ; lure par les résidus des usines viendra plus tard. Qua sent, bornons-nous à demander que l'eau de Seine s la boisson soit mise à l'abri de toute souillure par les fécales. Rappelons-nous que de ce qu'une usine sent il ne s'ensuit pas qu'elle soit dangereuse

Les usines vivent dans un état de sécurité instab qu'elles savent qu'il suffit de la plainte d'un voisin po les risquent d'être fermées. Dans cet état, il devient in de leur demander les améliorations nécessaires au poi de l'hygiène et de la salubrité publiques. Laissons do ter les usines et ne confondons pas les inconvénients vaises odeurs avec les dangers de l'absorption de ma cales imprégnées de germe de maladies contagieuses.

M. J. Rochard pense que l'Académie n'a pas à s'oc voies et moyens ; il lui suffit de rendre des arrêts qu seront chargés d'exécuter.

L'Académie a émis, il y a deux ans, un vœu da elle signalait les inconvénients et les dangers de la

---

devront exercer cette faculté dans la mesure et sous l tions que la société pourra prescrire en vue du bien Si l'opinion était une fois généralement établie au sei ses laborieuses, que leur bien-être exige la limit nombre des enfants, les meilleurs sujets et les pers plus respectables de ces classes se conformeraient criptions : et ceux-là seuls s'en exempteraient qui d'h soucient fort peu des obligations sociales. On serait demment justifié à convertir en obligation légale l' morale de ne pas mettre au monde des enfants qu charge pour la communauté ; tout comme, dans beau tres exemples des progrès de l'opinion, la loi finit pa aux minorités récalcitrantes des obligations qui, pour doivent devenir générales, et qu'une grande majorit tairement consenti à remplir, en raison même de le

Or, les raisons les plus fortes qui militent en fav stipulation légale de cette espèce me paraissent être l tes. Une loi réglant la population, si elle est dûment

des eaux de la Seine par les matières fécales. Il faut rappeler à l'Administration que ce vœu, qui date déjà de deux ans, n'a pas encore reçu satisfaction.

M. Bouley demande qu'une commission soit chargée de rédiger une formule de vœu qui sera soumise à l'approbation de l'Académie dans la prochaine séance.

L'Académie désigne MM. Bouley, Brouardel et Rochard comme membres de cette commission, qui ne manquera pas d'occupation. Nous avons confiance dans l'activité et l'intelligence des membres qui la composent pour indiquer au gouvernement une prompte solution de la quesiion.

REVUE PROFESSIONNELLE

PROJET DE CAISSE DE RETRAITE AU PROFIT DES MEMBRES DU CORPS MÉDICAL.

Nous avons publié, dans un précédent numéro, le projet de notre confrère le Dr Benoist, de Saint-Nazaire. Nous donnons

fera d'elle-même disparaître pour sûr et certain la pauvreté et l'excès de travail ; nulle autre loi ne saurait l'accomplir : la force de l'opinon publique, la conscience et l'intérêt des individus, ne sont pas assez puissants pour réaliser un si grand objectif, sans l'aide de la loi. La chose indispensable pour arriver à l'extinction de la misère est une restriction de la population assez forte et assez générale pour enlever la pression excessive sur la terre ; en d'autres termes, cette restriction doit, en diminuant la demande de nourriture, permettre à la culture de reculer ses limites, les plus mauvaises terres étant mises en friche et tout le sol étant cultivé à moins de frais et avec moins de soins. De cette manière, la productivité du travail serait augmentée et les salaires hausseraient, tandis qu'il y aurait en même temps une réduction dans les heures du travail (mme dans les frais de production et, par suite, dans le prix (s aliments. Le pays serait alors placé en quelque sorte dans l position d'une colonie nouvelle, car la différence essent 'le entre un vieux pays et une colonie jeune est que, dans le

aujourd'hui quelques développements sur cette questi
intéresse tous les médecins français.

L'auteur de ce projet s'occupe de cette question si imp
depuis plus de dix ans; il l'a étudiée sous toutes ses fo
après bien des tâtonnements, il a créé les statuts d'une
sation qui a le grand avantage d'assurer aux plus jeun
cripteurs une retraite d'un chiffre relativement très é
n'imposer qu'un sacrifice d'argent peu considérable, de n
aucuns médecins, quel que soit leur âge, et de faire p
la famille aux bienfaits de l'œuvre.

Son projet est des plus faciles à comprendre : il supp
Société composée de 1,000 médecins, s'imposant un
pécuniaire annuel de 100 francs et recrutant chaque an
adhérents nouveaux ; à la fin de la première année cett
possédera un capital de 100,000 fr. ayant produit 4,000
térêt. Il cherche alors parmi les sociétaires les dix les p
et il attribue à chacun d'eux une retraite de 400 fr.; l'an
vante les cotisations nouvelles enrichiront la caisse de ce
mille francs avec 4,000 fr. d'intérêt, qu'il attribuera au
decins venant par rang d'âge à la suite des premiers. I

---

premier, la population presse d'un poids trop lourd sur l
productives de la terre. Il me semble qu'une réforme s
si difficile, qui exige la coopération de la société tout
ne sera jamais suffisamment exécutée sans l'aide et
tion formelle du gouvernement. Quand l'accroisseme
population est simplement laissé à la discrétion des in
la modération et l'abnégation de quelques-uns sont
lisés par l'imprévoyance et l'insouciance des autres, e
de population est constamment maintenu.

Même en France, où la prudence dans cette matière
générale qu'ailleurs, le chiffre des habitants est encore l
trop élevé, comme on peut s'en apercevoir par le tau
rablement bas du salaire et par le prix moyen, bien tr
des provisions. Le fait est complètement vérifié par la
que les grandes familles sont la cause réelle des salair
fisants et de la cherté des vivres dans les vieux pays
Indubitablement, les gouvernements possèdent le pou
veulent en avoir la volonté, de supprimer la source d

ainsi chaque année dix retraites, s'il a mille sociétaires, un nombre plus grand si les sociétaires sont plus nombreux, jusqu'à ce qu'il soit arrivé à pourvoir de pensions tous les médecins âgés de plus de 59 ans ; alors, comme les calculs lui ont démontré que le nombre des vieillards qui passent de la 59e à la 60e année est largement compensé par les mortalités qui se produisent de 60 à 90 ans, il n'y aura plus de retraites à créer, et chaque année on répartira entre tous les pensionnaires l'intérêt des cotisations nouvelles qui viendront indéfiniment grossir le capital inaliénable.

Ce projet, qui n'a rien d'aléatoire, puisqu'il ne constitue de pensions qu'avec l'intérêt des fonds réalisés, nous semble riche de conséquences. Il consacre en premier lieu la fondation d'une œuvre durable à laquelle tous les médecins aspirent et de laquelle tous peuvent profiter sans qu'aucun d'eux, quel que soit son âge, en soit exclu ; en second lieu, il permet aux plus jeunes de prétendre à une retraite éminemment progressible, qui, augmentant chaque année à partir d'une certaine époque, atteindra et même dépassera un jour les 1,200 fr. rêvés par une Société rivale, qui, négligeant toute une génération médicale, cherche à

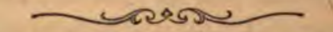
---

par suite, d'en enlever les effets. Tout ce qu'un Parlement pourra faire d'autre, pour élever les salaires, sera nécessairement indirect, et ne peut atteindre le but que par la voie détournée d'agir sur l'intelligence générale et le sentiment d'indépendance du peuple, et de l'induire à limiter le chiffre de la population. Pourquoi donc nous contenterions-nous à jamais de moyens indirects et insuffisants ? Pourquoi ne pas aller tout droit à la source du mal et nous attaquer à la cause principale de la pauvreté et du paupérisme, avec la ferme résolution d'y mettre fin ? Il me semble que les classes ouvrières et les réformateurs ne tarderont guère à poser cette question, lorsque la cause principale de la pauvreté sera connue de tout le monde et ne pourra plus être révoquée en doute. La grande idée qui se trouve au fond des doctrines socialistes et démocratiques répandues dans ces dernières années, principalement sur le continent — idée que je trouve profondément vraie — est que le genre humain forme une communauté dont les intérêts sont liés les uns aux autres, dont tous les membres devraient

constituer une affaire là où l'esprit de confraternité et d
rité doit jouer le principal rôle.

Nous souhaitons le plus grand succès à notre v
confrère qui n'hésite pas, malgré les nombreuses pr
tions d'une clientèle absorbante, à lutter contre les d
sans nombre qu'il devra surmonter : nous invitons
teurs à partager pour lui et pour son œuvre notre sy
en lui adressant leur adhésion soit directement à S
zaire (Loire-Inférieure), soit par notre intermédiaire a
du journal.

Tous les médecins, quel que soit leur âge, ont le dro
ticiper à la fondation de cette œuvre sans qu'il leur
mandé autre chose qu'une cotisation annuelle de cen
mais dès que le nombre des adhérents sera assez con
pour que la Société puisse fonctionner, ce qui aura l
semblablement avant trois mois, les statuts seront d
ment adoptés et nul ne pourra être admis après sa
tième année révolue.



s'aider mutuellement et s'assurer autant que possib
les maux de l'existence ; que la société doit avoir un é
du bonheur de tous et voir à ce que tous aient ce q
faut ; qu'il est donc du devoir de la société, par le g
ment qui est son organe, de prendre des mesures én
pour faire disparaître la pauvreté, pour garantir à ch
dividu, désireux de travailler, d'amples moyens de su
en retour de son travail. Eh bien ! une loi qui règle la p
est la seule loi par laquelle un Etat puisse du coup e
ment faire disparaître la pauvreté, abréger les heure
vail et élever les salaires à un taux satisfaisant. S'il
comme l'a proclamé le gouvernement provisoire de la
en 1848 et comme on l'inscrivit dans un projet de
tion, que l'Etat doit garantir les moyens d'existence e
vail à tous ceux qui veulent travailler, une pareille l
seul moyen qui permette d'accomplir cet objet. L'Eta
il donc adopter ce moyen unique d'assurer la vie et le
à tous ? Ne devrions-nous pas choisir la voie la plus

REVUE CRITIQUE

—

TRAITEMENT DE L'ACNÉ.

Dans cette trop courte analyse de plusieurs articles connus, nous n'avons certes pas l'intention de donner tous les modes de traitement de l'acné que l'on connaît et qui sont réellement innombrables. Nous ne voulons que signaler les principaux, et nous sommes convaincu qu'ils pourront être de quelque utilité aux praticiens; car, après les maladies parasitaires et l'eczéma, l'acné est la plus fréquente de toutes les affections cutanées. Il faut avant toutes choses que le médecin soit bien convaincu de l'extrême ténacité de cette dermatose : il lui sera le plus souvent très facile de modérer l'intensité des manifestations morbides, de nettoyer, de blanchir son malade; mais qu'il ne se réjouisse pas trop tôt, qu'il ait surtout la précaution de prévenir son client de la possibilité, je devrais dire de la fatalité des récidives : car si, par malheur, méconnaissant cette

---

la plus sûre pour délivrer notre société des maux terribles de la pauvreté et du paupérisme ? Pour ma part, j'ai la conviction intime — et je ne peux m'empêcher de l'avoir — qu'une loi de cette espèce est tout à fait légitime, au milieu des difficultés extraordinaires que produit le principe de la population. Je suis persuadé que, si on la décrétait, elle serait de toutes les lois possibles la plus importante pour le bonheur et la santé ; et je crois que tôt ou tard elle sera considérée dans tous les pays civilisés du vieux monde, comme la base même et la pierre angulaire de la société.

Si vous et vos lecteurs bénévoles prenez quelque intérêt dans cette question, je me permettrai de conclure sur ce sujet dans un prochain article.

Agréez, Monsieur, mes sentiments de la plus haute considération.

E. DRYSDALE,
Médecin du Métropolitan Free Hospital,
à Londres.

loi, il croyait définitif son succès éphémère et cessait
ment toute médication, il verrait bientôt tous les sym
reparaître, toutes les éruptions se reproduire de plus
on lui reprocherait avec raison de n'avoir pas su guéri

C'est que l'acné, de même que la plupart des autr
tions cutanées, et plus peut-être qu'aucune d'elles, n
une maladie purement locale : le plus souvent elle se
un vice de la constitution, et est une des manifestatio
rieures de cette constitution elle-même.

Depuis longtemps, mais surtout depuis Bazin, nous
que l'acné polymorphe se relie étroitement au lymph
cette acné est constituée par un mélange d'acné simple
pustuleuse, d'acné phlegmoneuse, de séborrhée, de co
et elle se montre soit sur la figure, soit surtout sur
antérieure de la poitrine et la partie supérieure du dos
certains auteurs la désignent-ils sous le nom d'acné pol
des strumeux. Nous savons également que beaucoup
tés d'acné rosacée sont des manifestations de l'arthriti
Certaines éruptions acnéiques coïncident avec des trou
triques, intestinaux, utérins, etc..., et disparaissent e
temps qu'eux ; d'autres, au contraire, alternent avec
déterminations morbides du côté des viscères. On voit
est grande la complexité du problème, et combien il e
saire, lorsque l'on commence à soigner un acnéique,
sa constitution, ses antécédents héréditaires et personn
de ses organes, son régime et son genre de vie. Je cr
que la plupart des procédés actuellement en vogue o
de n'être que des moyens purement locaux qui ont
ment une action puissante sur les éruptions cutanées
au moment où on les emploie, mais qui n'attaquent e
principe même de la maladie, et par suite n'empêche
ment les récidives de se produire. Il faut, ce me sem
que soit l'agent local que l'on choisisse, que l'on en
l'usage pendant longtemps, quoique avec moins de
lorsque tout accident cutané a disparu, mais surtout
attaque en même temps par une médication interne a
la cause même de l'éruption acnéique. C'est cette
indication, d'après moi, la plus importante, et surtou
difficile à remplir, que presque tous les dermatolog

gligent, et c'est là l'explication de la plupart des insuccès.

Le Dr Piffard, dans un récent article qui vient de paraître dans le *Journal of Cutaneous and Venereal diseases*, a compris la nécessité d'instituer un traitement interne chez les acnéiques.

Dans l'acné aiguë vulgaire (acne vulgaris, A. disseminata) il préconise le sulfure de calcium à petites doses, qu'il administre avec la plus grande prudence, le suspendant dès que les phénomènes morbides s'amendent, le reprenant dès qu'ils semblent se reproduire ; il le donne surtout aux malades qui ont une constitution lymphatique : il réserve au contraire le bromure d'arsenic à ceux qui ont un tempérament robuste. Comme traitement local il ouvre chaque papulo-pustule d'acné avec la pointe d'une lancette, en vide le contenu et les lave avec de l'eau aussi chaude qu'il est possible de la supporter. On peut aussi, sans ponctionner les papulo-pustules, faire des applications calmantes soit de belladone, soit de stramonium en extrait que l'on incorpore soit à de l'axonge benzoinée, soit à de l'onguent simple. — Dans les cas où l'acné prend des allures chroniques, Piffard conseille encore d'administrer le sulfure de calcium, mais à plus fortes doses, jusqu'à obtenir des effets physiologiques, c'est-à-dire jusqu'à ce que le nombre et la gravité des lésions aient subi un notable accroissement. Lorsqu'on y est arrivé, on suspend momentanément tout traitement interne. Parfois cet auteur s'est bien trouvé de l'administration à l'intérieur du sublimé corrosif ou de l'iodure de potassium ; mais, dans ce dernier cas, il est nécessaire de suspendre de temps en temps. Contre l'acné subaiguë vulgaire, il est nécessaire, dit l'auteur américain, d'employer des topiques qui excitent la circulation et qui augmentent l'intensité du processus pathologique. En un mot, on doit employer des irritants ; c'est là un principe de thérapeutique cutanée que l'on connaît depuis bien longtemps. Lorsqu'après avoir employé pendant quelque jours ces substances, on a obtenu de l'inflammation et même de la tuméfaction des téguments, on s'arrête ; on permet à la peau de reprendre son état normal ; au besoin, on y aide par des applications émollientes, puis on recommence. Après chacune de ces poussées inflammatoires successives, lorsqu'elles ont été assez intenses, la couche cornée de l'épiderme

desquame, et les lésions acnéiques sont incontestablemen abondantes et moins graves. D'autre part, il est évident ne peut donner ici de règles immuables pour la dose d tances à employer et pour le nombre de jours pendant on doit faire des applications, car cela varie suivant la tibilité cutanée de chaque sujet. Piffard recommande, l veut se servir de savon noir, de commencer par en f simple application le soir ; si cela ne suffit pas, d'en f frictions matin et soir : si l'on emploie la teinture d noir, on en imbibe un morceau de flanelle avec leque une, deux, trois frictions par jour. Ce moyen est e en France, nous prescrivons souvent des savonnages soir des parties malades avec de l'eau très chaude et d noir ou du savon de goudron. Au besoin, si ce moyen tique ne suffit pas, nous faisons appliquer pendant la les parties malades un morceau de flanelle recouv légère couche de savon noir ramolli par l'addition d'alcool. Ce dernier procédé, que nous employons sur le traitement du lupus érythémateux, est de la plu efficacité : on obtient ainsi en deux ou trois jours un mation très intense de toutes les parties malades : parf cette inflammation est telle que les sujets semblent érysipèles : il est donc nécessaire de ne recourir à ce m lorsque les autres ont échoué, et, quand on l'emploie, surveiller.

Le soufre précipité ou la fleur de soufre sont aussi tances très efficaces : je crois même pouvoir affirm France ce sont les préparations soufrées qui ont l vogue contre les diverses variétés d'acné, depuis l'acn jusqu'à la séborrhée. La formule que l'on prescri souvent à l'hôpital St-Louis est la suivante : Soufre alcool camphré, āā 25 ou 30 grammes; eau distillée 2 mes. On agite le flacon avant de s'en servir, car le sou au fond, puis, avec un pinceau, on étale le mélan parties malades le soir avant de se coucher ; on lai sans essuyer, et on garde le dépôt de soufre qui se fo peau après évaporation jusqu'au lendemain matin. C alors en le savonnant avec de l'eau et du savon noir de la décoction de bois de Panama ; puis, si le der

peu enflammé, on le recouvre d'une légère couche de la pommade suivante : Vaseline 20 gr., oxyde de zinc 2 gr. Le soir on recommence les applications soufrées. On continue ainsi jusqu'à disparition totale des phénomènes acnéiques, ou jusqu'à ce que l'inflammation causée par le médicament devienne trop vive : on suspend alors momentanément la médication, pour la reprendre dès que la poussée artificielle est calmée. Quelques malades ne peuvent supporter la préparation soufrée telle que nous venons de la formuler; la réaction qu'elle produit chez elles est trop vive. Il suffit alors de diminuer la quantité de soufre, de n'en mettre par exemple que 10 grammes pour la même quantité d'excipient. Quelques dermatologistes, Hillairet entre autres, recommandent aussi dans ce cas de diminuer la quantité d'alcool camphré. Piffard préconise aussi l'iodure de soufre en pommade à la dose de 2 à 3 grains pour une once d'excipient.

Une autre substance fort en honneur dans tous les pays contre l'acné, c'est le bichlorure de mercure. Elle est réellement efficace, très commode à employer soit en pommades, soit en lotions. Piffard recommande une pommade au 250eme environ. Il est beaucoup plus pratique de faire faire une lotion matin et soir avec une solution chaude au 1000eme, solution dont on peut augmenter graduellement le titre. Je la prescris d'ordinaire de la manière suivante : ajouter à deux cuillerées à bouche d'eau bouillante une grande cuillerée à bouche de la préparation suivante : Sublimé 1 gramme, alcool et eau distillée ââ 150 grammes, et faire avec ce mélange matin et soir des lotions sur les parties malades. Peu à peu on diminue la proportion d'eau. On peut encore, pendant le jour, quand on emploie ce procédé, recouvrir les parties malades d'une légère couche de pommade à l'oxyde de zinc. Cette dernière mesure offre, ce me semble, plusieurs avantages : d'abord celui de calmer un peu l'inflammation causée par la médication substitutive, puis celui de former sur la peau un enduit protecteur, de telle sorte qu'elle 'est plus impressionnée aussi directement par les agents xtérieurs, le froid, le vent, le soleil, qui sont si souvent des auses occasionnelles d'acné. Tels sont les principaux topiques ue l'on a préconisés contre l'acné ; dans ces derniers temps, on it allé beaucoup plus loin, et on a institué contre cette affec-

tion un traitement chirurgical. Ellinger (*Boston med. an*
Journal, 1876) a essayé de frotter les parties malades av
sable fin; Hebra et Wigglesworths (*Wiener med. Wo*
nº 51, 1875) ont recommandé de racler les papulo-pustul
une curette tranchante. Ce dernier procédé donne d'asse
résultats, mais qui ne sont que tout à fait éphémères
s'en tient là. Depuis bien longtemps on avait déjà rer
qu'en ponctionnant avec la pointe d'une lancette à vac
boutons acnéiques ont déterminé leur rapide guérison.
d'autre part, combien les scarifications linéaires quad
instituées par le Dr E. Vidal, sont efficaces dans la co
ou acné rosacée, affections dont je ne dirai rien dans cett
revue, mais dont le traitement est presque identique à
l'acné simplex.

En terminant, je veux dire quelques mots de deux
ments fort simples et parfois fort utiles, que l'on peut t
commencer par prescrire avant d'en venir à des moye
énergiques. L'un s'emploie à l'extérieur : c'est l'alcool ca
Très souvent des lotions matin et soir, avec de l'eau
dans laquelle on ajoute de l'alcool camphré ou même
de Cologne en proportions variables suivant les in
suffisent pour faire disparaître l'acné du front, du
épaules, de la partie antérieure de la poitrine. L'autre
nistre à l'intérieur, à la dose de un à deux grammes pa
c'est l'ergot de seigle. Il est bien difficile de dire comme
substance agit ; mais il n'en est pas moins vrai que, d
tains cas d'acné rebelle on a obtenu de réelles améliora
soumettant les malades à son usage pendant un certain

Dr L. Broc

REVUE CLINIQUE

TUMEUR GANGLIONNAIRE DU MÉDIASTIN DE N. CANCÉREUSE (1),

Par le Dr Augé fils, de Pithiviers.

M. D..., fermier dans les environs de Pithiviers (Loi

(1) Mémoire lu à la *Société de Médecine pratique* dans la s
2 octobre 1884.

un homme âgé de 42 ans, d'une constitution vigoureuse, ayant toujours joui d'une bonne santé. Ses antécédents personnels et héréditaires sont nuls.

Les premiers troubles de santé qu'il éprouva, remontent à quelques semaines. Ils survinrent à la suite de fatigues et de soucis occasionnés par le mauvais état de ses affaires.

M. D... vient me consulter pour la première fois dans les premiers jours de juillet 1883. Il accuse des douleurs vagues dans la poitrine, une légère anhélation à la marche, des étourdissements, et quelques troubles gastriques peu prononcés.

Cet état ne l'empêche pas de se livrer à ses occupations. Je ne le revois qu'au bout d'un mois (15 août).

Depuis la première consultation, sa position s'est notablement aggravée. Depuis une semaine, il est en proie pendant la nuit à des accès d'oppression qui l'obligent à quitter le lit. Il ressent dans le thorax une douleur sourde, profonde, presque continue, augmentant sous l'influence des quintes de toux. La toux est fréquente, quinteuse, accompagnée d'une expectoration tantôt muqueuse, tantôt muco-purulente. Quelques crachats ont présenté une coloration sanguinolente. La dyspnée est presque continuelle ; des sueurs abondantes surviennent chaque nuit, localisées à la face et au tronc. La figure est altérée ; le teint est plombé : les conjonctives présentent une coloration sub-ictérique. Les lèvres sont légèrement cyanosées ; il existe un peu d'œdème aux paupières. Au-dessus de la clavicule gauche, je constate une induration profonde, mal limitée, située entre les deux faisceaux du sterno-mastoïdien, débordant la clavicule et se prolongeant jusque sous cet os. Dans le creux axillaire du même côté, se trouve un ganglion de la grosseur d'une noisette, mobile sous le doigt, sans irrégularités ni bosselures à sa surface. Ces mêmes indurations se retrouvent au-dessus de la clavicule droite et dans le creux axillaire correspondant. Elles sont de ce côté plus petites et peuvent mieux se limiter. Les régions sous-maxillaires, cervicales et inguinales ont exemptes de toute induration ganglionnaire.

La percussion de la poitrine révèle en avant, dans toute l'étendue du poumon gauche et du médiastin, une matité absolue. A ce niveau, le murmure respiratoire est affaibli ; quelques

râles crépitants, à bulles très fines, disséminés dans to
tendue du poumon, sont perçus à la fin de l'inspiration.
rière, au-dessous de l'épine de l'omoplate, matité, mais
absolue qu'à la partie antérieure : diminution du mu
respiratoire ; bronchophonie ; pas de bruits de souffle.

Du côté droit, je ne constate aucune modification ni à
cussion, ni à l'auscultation.

Les battements du cœur sont lointains, étouffés, sou
rhythme cardiaque est normal. On ne perçoit aucun b
souffle. Le choc de la pointe est très affaibli. Le malad
cuse pas de palpitations. La région précordiale présen
voussure très prononcée, correspondant aux points où
tité est la plus marquée. A ce niveau, la main appliqué
paroi ne ressent aucun battement; aucun bruit de souf
révélé par l'auscultation la plus attentive. Le pouls p
une grande différence suivant qu'on l'examine à l'un
l'autre des radiales. Du côté droit, le pouls est régulie
mou, dépressible mais très facilement perceptible, tan
du côté gauche les pulsations sont à peine perçues. La
est saburrale ; la bouche mauvaise, pâteuse ; l'appétit
constipation ordinaire. Les urines sont rares, foncées
leur, laissant au fond du vase un dépôt muqueux ab
Elles ne contiennent ni sucre ni albumine. Monsieur
plaint enfin de quelques vertiges, d'éblouissements, d'é
sements et d'insomnie. Pas d'œdème des membres in
pas de dysphagie ni d'altérations dans le timbre de la v

J'applique à la région précordiale deux cautères à
de Vienne, et je soumets mon malade à l'usage de la
de l'iodure de potassium et de la liqueur de Fowler.

Le 20 août, l'état reste le même. La toux persiste ave
ractère quinteux ; l'expectoration reste sanguinolente
pnée est aussi prononcée. Les signes stéthoscopiques
modifient point. En présence de la gravité des sym
j'engage M. D... à aller consulter mon excellent et
maître, Monsieur le Docteur Gallard. M. Gallard c
mon diagnostic de tumeur ganglionnaire et le pré
attribuant à une dégénérescence carcinomateuse l'état
glions du médiastin. Il conseilla l'application de teintu
sur le devant de la poitrine alternée avec des cautérisa

thermo- cautère ; le régime lacté partiel, l'usage du bromure de potassium et de l'arséniate de fer.

Le 30 août, l'œdème de la face a augmenté ; les veines jugulaires sont tendues, le pouls veineux est très perceptible ; les lèvres, les oreilles présentent une teinte cyanique très prononcée. La toux est fréquente, pénible, accompagnée de crachats diffluents, sanguinolents. L'insomnie, causée par la dyspnée, est presque complète ; les accès de suffocation se renouvellent fréquemment.

Le 4 septembre, l'œdème de la face est moins prononcé. La toux est moins fréquente et moins pénible. Les crachats sont moins abondants, mais présentent une coloration sucre d'orge. L'appétit est un peu revenu, les dernières nuits ont été meilleures. L'état du cœur, des poumons et du pouls reste le même.

Du 7 au 18 septembre, la situation reste stationnaire. A cette époque, M. D..., sans m'en prévenir, retourne à Paris et consulte un médecin qui lui fait appliquer sur le thorax un large morceau de papier chimique et le dissuade de continuer le traitement conseillé par M. Gallard, traitement suivi très régulièrement jusque-là.

Ce que voyant, je cessai mes visites.

Dans la matinée du 8 octobre, on vint me prier d'aller constater le décès de M. D...

Il était mort subitement, au milieu de la nuit. Sa famille me dit que, depuis ma dernière visite, sa position ne s'était en aucune façon modifiée.

L'autopsie ne put être pratiquée.

Réflexions. — L'étendue et le siège de la matité, les signes fournis par l'auscultation du cœur et des poumons, l'état différent du pouls à chaque radiale, l'ensemble des symptômes généraux me firent penser à une affection du médiastin antérieur.

L'absence de battements et de bruits de souffle dans la tumeur me permit de rejeter l'idée d'un anévrysme de la crosse de l'aorte et de me rattacher à celle d'une tumeur ganglionnaire.

Ce diagnostic posé, restait à déterminer la nature de ces indurations ganglionnaires.

Les antécédents du malade, qui fut toujours indemne d'accidents syphilitiques, scrofuleux et tuberculeux, purent faire éliminer l'influence de ces diathèses.

M. Gallard penche pour une dégénérescence carcinoma
C'est à cet avis, il me semble, qu'on doit se ranger, en
des antécédents négatifs du malade, de son âge, de la
des accidents et de la marche rapide de l'affection.

Il est fâcheux que cette observation ne puisse être con
par les renseignements nécropsiques ; mais si incomplète
soit, je crois devoir la communiquer à la Société, en
de la rareté relative des affections du médiastin.

LUXATION ISCHIATIQUE DU FÉMUR GAUCHE. POSSIBILITÉ DE RÉDUIRE PAR LES PROCÉDÉ DOUCEUR ORDINAIRES.— RÉDUCTION PAR L'E SION FORCÉE DE LA CUISSE, UNIE A LA ROT EN DEHORS (1)

Par le Dr Augé fils, de Pithiviers.

Je suis appelé, le 4 décembre dernier, à Yèvre-le-Chât
ret), pour visiter le jeune S... C'est un garçon d'une d
d'années bien développé pour son âge et bien constitu
la soirée du 3, il s'occupait à décharger des bourr
cées en pile, lorsque le tas venant à s'effondrer, il fut
en arrière par plusieurs bourrées qui lui tombèrent
jambes et sur le ventre. Aidé de ses parents, il parv
relever, mais il lui fut impossible de marcher.

Je le trouvai à ma visite dans l'état suivant : il est pl
le décubitus dorsal. Les membres inférieurs sont rap
la jambe gauche dans l'extension presque complète, l
légèrement fléchie sur le bassin. Le membre est dans
tion ; le sommet du genou gauche répond au condyle
du fémur droit ; le bord interne du pied gauche repos
tie sur le lit. Le membre luxé présente un léger racc
ment. La tête fémorale ne se trouve pas dans la cav
loïde. On sent une dépression à ce niveau. La hanch
formée. La région trochantérienne forme une saillie
Le grand trochanter est porté en avant et en dehors
fessier est élevé. La tête femorale ne peut être délimi

(1) Mémoire lu à la *Société de Médecine pratique*, **dans la**
10 octobre 1884.

façon précise dans la région fessière. Les mouvements sont douloureux ; ceux d'adduction et de rotation en dedans sont conservés ; l'abduction et la rotation en dehors sont impossibles.

L'enfant solidement maintenu sur le dos par des aides ; le bassin immobilisé par une pression sur les épines iliaques, je saisis la jambe à pleine main, la fléchis sur la cuisse et fléchis la cuisse sur le bassin en joignant à ce mouvement un mouvement de rotation en dehors. Plusieurs tentatives par ce procédé restant infructueuses, je fais coucher le petit blessé sur le côté sain et j'exerce une flexion énergique de la cuisse sur le bassin en y combinant un mouvement de rotation en dehors. Il me semble sentir la tête se dégager, progresser un peu, mais je ne puis parvenir à la faire rentrer dans la cavité cotyloïde.

N'osant prolonger plus longtemps ces manœuvres, j'avertis la famille qu'il sera peut-être indispensable d'endormir l'enfant pour arriver à réduire la luxation et je les préviens que je prierai mon père de venir m'assister le lendemain.

Avant de donner le chloroforme, nous essayons la réduction par les procédés que j'avais employés, mais sans résultat. Nous tentons alors la manœuvre suivante. L'enfant étant couché sur le ventre, solidement maintenu, la cuisse est saisie au-dessus du genou et progressivement étendue sur la fesse. A ce mouvement lent et progressif d'extension, nous joignons un mouvement de rotation en dehors et nous arrivons bientôt à réduire la luxation.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Au bout de 10 jours, l'enfant se leva et commença à marcher. 15 jours après l'accident, la marche était aussi libre qu'auparavant.

Depuis, j'ai revu à plusieurs reprises le jeune S... Il n'a con servé aucune douleur ni aucune gêne dans les fonctions du membre.

Ce procédé de réduction, que je n'ai vu décrit dans aucun ouvrage classique, nous a permis de réduire une luxation qui n'avait pu être réduite par les procédés de douceur ordinaires.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNA

—

Traitement des engelures, par le Dr Fr. Eklun
L'auteur ne s'occupe que des cas dans lesquels les eng
sont particulièrement rebelles et siègent aux mains et aux
La coloration des téguments varie alors du rouge bleuâ
livide au rouge brunâtre. Dans les cas légers les parties m
sont gonflées par suite de l'infiltration du derme et du
cellulaire sous-cutané dont les capillaires sanguins et ly
tiques sont dilatés : dans les cas graves, l'inflammation ga
gaines tendineuses et jusqu'au périoste. Parfois la peau
sensible, parfois il y a au contraire de l'hypéresthésie, pa
y a alternativement chez le même malade de l'hypéresth
de l'anesthésie, de la parésie musculaire, consécutive à d
vrite interstitielle avec sclérose, à de la dégénérescence gr
se avec atrophie, à de l'endartérite ou à de la périartéri
particularité digne de remarque, c'est que c'est surtout c
gens pauvres, chez ceux qui respirent un air confiné et
de germes morbides que les engelures revêtent un carac
malignité. Cette complication serait due, d'après l'aute
ralentissement du cours du sang dans des vaisseaux di
à la pénétration de bactéries dans des ulcères putrides d'
gagnent ensuite les voies lymphatiques.

Parmi les divers topiques qu'il a essayés contre ces
res ulcérées, l'auteur préconise surtout la préparation su
Prendre un mélange de camphre pulvérisé 1 partie, Ba
Pérou 4 parties ; en mettre quelques gouttes sur un n
d'ouate phéniquée que l'on applique sur les parties n
Changer le pansement matin et soir. Il fait, de plus, p
chaque matin un bain de pieds de 4 minutes environ a
l'eau à la température de 18° à 20° centigrades. -Pen
première minute, le malade tient ses pieds au fond du r
où l'on a mis l'eau du bain ; pendant la seconde minu
des pieds est massé avec soin par un baigneur ; pen
troisième minute, on fait subir la même opération à l'aut
pendant que le premier est de nouveau replongé dans l
bain ; pendant la quatrième minute, les deux pieds son

ment tenus dans l'eau. Puis on les essuie soigneusement avec un linge rude, et on leur fait subir un second massage ; le malade fait ensuite un peu d'exercice en plein air, jusqu'à ce que ses pieds aient repris leur chaleur ordinaire. Peu à peu on abaisse la température de l'eau des bains de pieds de 18° centigrades à 12° centigrades.

Une heure ou deux après chaque bain, on fait passer des courants galvaniques ou faradiques dans les parties malades, en appliquant avec force les électrodes sur les téguments. Lorsqu'il y a des ulcérations on peut les traiter en les badigeonnant chaque jour au moyen d'un blaireau avec une solution alcoolique saturée d'acide phénique. On peut aussi employer le procédé suivant : prendre : nitrate d'argent 1 gr., Baume du Pérou 5 grammes, vaseline 20 grammes ; en étendre sur de la ouate phéniquée avec laquelle on panse l'ulcère deux fois par jour.

Lorsque le malade est syphilitique, on lui administre à l'intérieur de l'Iodhydrargyrate d'iodure de potassium et on panse les plaies avec un mélange à parties égales *d'unguentum hydrargyri et d'unguentum resinosum terebenthinæ.*

L'auteur conseille de plus d'instituer une sorte de traitement gymnastique des engelures, traitement qui consiste à plier et à étendre énergiquement les doigts de huit à seize fois de suite, et cela trois fois par jour environ : on essaye de pratiquer la même manœuvre avec les orteils ; de plus, on imprime toute sorte de mouvements aux pieds, se tenant tantôt sur les orteils, tantôt sur les talons, et inclinant suivant les cas le corps en avant ou en arrière. Il est d'une importance capitale d'observer des soins minutieux de propreté, de ventiler les appartements, de se nourrir de mets ni trop épicés ni trop salés, de s'abstenir le plus possible d'excès vénériens, de spiritueux et de tabac. Il faut de plus endurcir de bonne heure les enfants à toutes les intempéries ; les habituer à se laver de temps en temps tout le corps à l'eau froide, les faire séjourner dans des appartements à la température de 12° ou 14° centigrades ; on devra porter des vêtements de laine, double paire de bas et des souliers imperméables (*The thérapeutic Gazette*, avril 1884.)

Dermatolysis ou Pachydermatocèle coïncidant

avec un fibroma molluscum. — Le Dr F. Keegan r
dans l'*Indian medical Gazette* (avril 1884), le cas d'un Hi
40 ans dont toute la surface du corps était couverte d
tumeurs de fibroma molluscum variant comme gros
celle d'un pois à celle d'une noix. Il portait de plus ve
gion mammaire gauche une énorme tumeur ressem
un pachydermatocèle qui pendait le long de son cor
teignait jusqu'au niveau du grand trochanter gauch
que le malade marchait, elle flottait en avant et en ar
quand on la relevait, son extrémité libre attaignait ju
région sus-claviculaire. Les seules régions du corps sur
les il ne s'était pas développé de fibroma molluscum ét
paume des mains et la plante des pieds. Jusqu'à l'âg
ans, il avait eu la peau parfaitement saine ; c'est à cette
qu'il vit pour la première fois apparaître une petite tun
peu en arrière du sein gauche : elle a continué à se dév
depuis lors et en trente ans elle a acquis les dimensions
nantes qu'elle présente aujourd'hui. Le reste des tégu
été ensuite graduellement envahi. La mère du malad
eu une tumeur semblable, mais moins volumineuse, à l
région. Celle-ci mesure neuf pouces environ de circon
à son pédicule, elle a quatorze pouces de circonférence
point le plus volumineux, et elle a douze pouces de lo
est molle, mobile sur les parties sous-jacentes ; quan
saisit à pleines mains on sent des pulsations artérielles,
montre qu'elle est très vascularisée. La peau conserve
niveau son aspect normal ; elle est seulement un peu é
et ses follicules sont plus apparents. La sensibilité est
ment diminuée à son niveau. Le Dr Keegan se décida
lever, ce qui se fit sans beaucoup de difficulté. Elle pesa
livres six onces. L'auteur croit pouvoir conclure de ce
la maladie appelée par Valentine Mott pachydermato
par d'autres auteurs dermatolysis n'est qu'une variété d
ma molluscum.

Je ne puis m'empêcher de faire remarquer à ce suje
vient de paraître en France une thèse assez intéressante
matière. Le Dr Boudet, dans son travail sur le fibroma
luscum, commence par diviser cette affection en deux g
catégories suivant que l'on a affaire au fibroma moll

circonscrit ou au fibroma molluscum généralisé. D'après lui, le fibroma molluscum généralisé devrait être considéré comme un nœvus, c'est-à-dire comme une malformation cutanée d'origine congénitale. Il pose en fait que cette affection existe dès la naissance ou qu'elle se développe dans les premiers jours de la vie comme les autres variétés de nœvus. Cette vue quelque peu théorique, je l'avoue, et que certaines observations, témoin celle que nous venons de relater, ne semblent pas confirmer, cadre au contraire très bien avec les recherches histologiques de Recklinghausen sur le fibroma molluscum généralisé, recherches d'après lesquelles ces néoformations seraient des neuro-fibromes. Or, lorsque l'on étudie un peu attentivement la pathologie des nœvi, il est facile de se convaincre que ces difformités de la peau doivent tenir à des troubles trophiques congénitaux : rien de plus fréquent, en effet, que de voir des nœvi s'arrêter nettement sur la ligne médiane, suivre le trajet d'un nerf, soit sur le tronc, soit le long d'un membre, se conduire en un mot au point de vue de leur distribution comme des éruptions de zona (nœvi zoniformes).

Si donc les tumeurs du fibroma molluscum généralisé sont des neuro-fibromes, quoi de plus naturel que de les rattacher à des malformations congénitales du système nerveux et de les annexer au groupe déjà si considérable des nœvi ? Malheureusement il semble que tous les faits connus de fibroma molluscum généralisé ne peuvent se prêter à cette interprétation, et qu'il y a des cas authentiques de cette affection qui ont débuté à un âge plus ou moins avancé de la vie. Boudet a de plus remarqué, comme presque tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, que chez un individu atteint de fibroma molluscum généralisé, une et parfois deux des tumeurs se développaient souvent outre mesure, et atteignaient des dimensions colossales en pédiculisant. Or, voici l'explication qu'il donne de ce fait. Histologiquement et nosologiquement il croit que le fibroma molluscum circonscrit diffère du fibroma molluscum généralisé. Histologiquement ce serait en effet un lymphangiofibrome et non un *neuro-fibrome*; nosologiquement il serait toujours circonscrit, tendrait à prendre un développement exagéré, et débuterait à une époque quelconque de la vie : en un mot, ce ne serait plus un *nœvus*, mais une vraie *tumeur*

de la peau. Cet auteur a de plus remarqué que c
broma molluscum circonscrit se développe d'ordinair
une portion du derme déjà traumatisée, sur une cicatric
une surface soumise à des frottemenis répétés, ou mieu
une production primitivement congénitale, sur un nœvu
mentaire, vasculaire, pileux, hypertrophique, verruqueux

Si donc le fibroma molluscum généralisé est un nœvus
lusciforme, rien de plus naturel que de voir se développ
un point quelconque des téguments ainsi modifiés un fi
molluscum circonscrit. La tumeur majeure du fibroma m
cum généralisé, tumeur majeure si fréquente, connue
si longtemps et signalée par tous les dermatologistes, ne d
donc plus, d'après le Dr Boudet, être considérée comme f
partie intégrante du fibroma molluscum généralisé, mais
me une maladie d'une tout autre nature surajoutée à la
mité certaine préexistante ; en un mot, c'est d'après lui u
phangio-fibrome greffé sur un neuro-fibrome. On voit par
précède que cette question est assez intéressante, mais
est encore entourée d'obscurités et quelle appelle de nou
recherches cliniques et histologiques.

Dr L. Brocq

De la nature parasitaire de la Blennorrhagie, professeur de Amicis.—L'auteur cherche à élucider le pro
depuis si longtemps posé, et non encore complètement r
de l'Etiologie de la Blennorrhagie. On sait, en effet, q
vénéréologistes sont divisés d'opinion à ce sujet, les un
convaincus que toute blennorrhagie provient d'une blenn
gie antérieure, les autres croyant au contraire qu'on pe
bien prendre la blennorrhagie avec une femme n'aya
cette affection, mais ayant une vaginite simple, de la
rhée, etc... Tout le monde connait la fameuse recette de
pour prendre la chaude-pisse. Dans ces derniers temps
des microbes est venue compliquer cette question. D
Neisser a eu publié ses recherches sur le microbe spécial,
il a donné le nom de micrococcus ou diplococcus gonorrh
et qu'il a considéré comme étant l'élément pathogéniqu
blennorrhagie, on s'est cru en droit de conclure que tout
norrhagie vraie, c'est-à-dire causée par le diplococcus, ne p

dériver que d'une autre blennorrhagie vraie ayant fourni le microbe essentiel. Aufrecht, Weiss, Leistikon, Haab, Marchiafava, Hirschberg et Kraus, Bareggi, etc..., etc..., avaient d'ailleurs confirmé la découverte de l'auteur précédent. Cependant, Sternberg a déjà, depuis quelque temps, protesté contre les idées de Neisser, et il a soutenu que le micrococcus décrit par cet auteur dans le pus gonorrhéique était le même que le micrococcus ureæ de Cohn, et que ce micrococcus vulgaire était capable, dans des conditions spéciales de culture, de se transformer en divers micrococcus pathogéniques.

Le microbe ne serait donc à peu près rien; ce serait le milieu dans lequel il se développe et les circonstances présidant à ce développement qui seraient tout. De Amicis a recherché effectivement si les micrococci existaient dans le pus de l'uréthrite expérimentalement provoquée par des moyens purement irritants, et n'ayant par conséquent aucun caractère de spécificité, et il y a trouvé des diplococci qu'il était impossible de différencier de ceux de la blennorrhagie contractée par contagion. Cependant, il y avait cette différence : c'est que dans la blennorrhagie vraie les diplococci existaient en grand nombre dans le protoplasma des corpuscules purulents, autour des noyaux, tandis que dans l'uréthrite inflammatoire simple on n'en trouvait pas dans le protoplasma ; ils étaient simplement disséminés ou accumulés dans le liquide intercellulaire, et entouraient les cellules épithéliales : ils avaient de plus un diamètre moindre que ceux de l'uréthrite contagieuse. Si donc l'on admet les idées de Sternberg, il faut en conclure que si la blennorrhagie peut résulter d'une contagion antérieure et être transmise par inoculations successives; elle peut aussi résulter du contact d'un urèthre sain avec des sécrétions vaginales non blennorrhagiques d'origine. De Amicis croit devoir se rallier à cette opinion ; il cite à cet égard des expériences qu'il a faites avec du pus de vulvo-vaginite spontanée survenue chez des petites filles qui n'avaient été soumises à aucune tentative criminelle et qui étaient parfaitement vierges ; ce pus transporté dans des urèthres sains y a développé une inflammation blennorrhagique. Il pense donc que l'on doit admettre aujourd'hui que des catarrhes inflammatoires d'origine commune, indépendants de tout rapprochement sexuel, sont susceptibles, dans

certaines conditions de donner la blennorrhagie ; le micr
cus gonorrhéique a alors une origine autochtone, il pro
des microbes communs et indifférents qui existent à l'éta
mal dans toute les sécrétions vaginales. La présence des
crococci ou diplococci avec leurs dispositions spéciales et
volume anormal dans des sécrétions uréthrales ou vagi
indique donc que ces sécrétions sont contagieuses,
elle n'indique point que ces sécrétions proviennent d'un
tage antérieur : c'est là un point particulier d'une grande
portance qu'il ne faudra point perdre de vue en médeci
gale. (*Revista clinica terapeutica*, mars 1884. Traduit d
France médicale du 2 août.)

L.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

Syphilis and pseudo-syphilis, by ALFRED COOPER
low du collège des chirurgiens de Londres, médecin du
Hospital, etc., un vol. in-8°. Londres, 1884, Churchill.

L'Angleterre, qui a produit depuis Hunter tant de syphil
phes distingués et qui a tant contribué pour sa part au
loppement de nos connaissances spéciales, possède cepe
peu d'ouvrages didactiques et complets sur cette br
importante de la pathologie ; aussi est-ce avec le plus vif i
que nous avons lu et étudié le nouveau traité que vient d
blier M. Alfred Cooper, qui occupe de l'autre côté du détro
haute situation qu'il doit à ses nombreux travaux et à se
tions de chirurgien du *Lock Hospital* de Londres, éta
ment qui correspond au *Midi* de Paris et à l'*Antiquai*
Lyon.

L'auteur s'est surtout attaché à faire un ouvrage dida
et pratique, et nous ne pouvons qu'approuver la division
adoptée et qui permet d'embrasser rapidement l'ens
aujourd'hui si étendu de nos connaissances spéciales. Aprè
courts chapitres consacrés à l'historique et à la distributio
graphique de la syphilis, M. Cooper aborde l'importante

tion de la nature de la maladie. Toutes les théories émises depuis Hunter sont passées au crible de la discussion et d'une critique savante. L'auteur développe alors ses conclusions qui peuvent être ainsi résumées :

La syphilis est due à un virus spécifique distinct de tout autre poison animal et ne pouvant pas se développer *de novo*. Le chancre mou, qui diffère absolument du chancre syphilitique, est dû à l'action irritante de certaines sécrétions ; il peut donc prendre naissance *de novo* ou être transmis par inoculation.

Le virus syphilitique peut se trouver mélangé au virus du chancre mou et donner naissance à une ulcération présentant alors un double caractère.

On voit, d'après ces quelques lignes, que l'auteur se rattache, sauf quelques modifications, aux doctrines élucidées en France par Rollet et l'école Lyonnaise et qui sont, du reste, l'expression la plus simple des doctrines syphiliographiques.

Après cet exposé théorique, l'auteur aborde les questions cliniques en commençant par l'étude des moyens de contage et des véhicules qui transmettent habituellement le virus. Nous recommandons particulièrement dans le chapitre V les moyens pratiques que l'auteur préconise pour éviter la transmission de la syphilis par la vaccine.

Le chapitre VI contient une bonne description clinique du chancroïde et de ses complications : la gangrène, le phagédénisme et le bubon.

Vient ensuite l'étude de la syphilis proprement dite. Nous apprécions beaucoup dans ces chapitres la méthode excellente suivie par l'auteur qui décrit dans un ordre parfait et en leur consacrant un chapitre spécial toutes les manifestations de la diathèse.

Les affections syphilitiques des muqueuses, de la langue, du larynx, du nez, des organes abdominaux, du système circulatoire, des os, des organes de la génération, des yeux et des oreilles sont développées avec minutie dans des chapitres contenant des faits cliniques et pathologiques de grande valeur.

La syphilis maligne et héréditaire est l'objet de considérations intéressantes dans les chapitres XXI et XXIV. Nous en dirons autant de la médecine légale où l'auteur accepte les idées émises par Rollet, Diday et Fournier.

Mais les points les plus importants du livre et dans les
l'auteur a plus largement mis à contribution les résultats
pratique personnelle se trouvent dans les chapitres consa
la prévention et au traitement de la syphilis. Un point i
tant relatif à l'influence des lois protectrices sur la prév
de la syphilis est parfaitement mis en lumière. On sait
vote du Parlement anglais a fait disparaître il y a deux
loi qui autorisait l'Etat à séquestrer les prostituées syphili
jusqu'à leur guérison. Depuis cette époque, l'auteur a
même de constater, ainsi que plusieurs de ses collègues
sur plusieurs points du royaume, les cas de syphilis ob
dans l'armée ont été plus fréquents et plus virulents.

L'espace nous manque pour analyser plus longuem
livre de M. Cooper. Sans être aussi développé et aussi co
que les ouvrages de Rollet et de Jullien, ce livre contient
une forme claire et précise, les notions qu'il importe d
naître en matière de syphiliographie.

C'est un vade-mecum indispensable à l'élève et utile au
cien. Ajoutons que l'auteur a cité consciencieusement les
ces où il a puisé et qu'il rend justice aux savants franç
allemands qui ont tant contribué au développement de no
naissances syphiliographiques pendant les dernières
nées.

S'il nous faut exprimer un *desideratum*, c'est l'absence
de figures dans cette édition. Sans être indispensables au
ticien les figures élémentaires sont utiles à l'élève, et nou
gageons vivement l'auteur à compléter sa seconde éditio
l'addition de planches qui en feront encore mieux resso
mérite.

A. LUTAUD.



FORMULAIRE

De l'Eau chloroformée.

Dujardin-Beaumetz a publié dans le *Bulletin général de thérapeutique*, l'emploi que fait le docteur De Beurmann de l'eau chloroformée ; nous croyons devoir faire un extrait de cette intéressante observation.

La préparation de l'eau chloroformée est très simple ; sa conservation est indéfinie lorsqu'elle est dans un flacon approprié ; pour la préparer, il suffit de placer le chloroforme en excès en présence de l'eau dans un flacon, puis on agite fortement à plusieurs reprises ; on laisse en contact pendant une heure, et après dépôt, on décante l'eau chloroformée qui surnage; dans ces conditions, l'eau dissout 0,90 pour 100 de chloroforme, et, à ce degré de concentration, cette solution est douée d'une action locale trop irritante pour être aisément supportée à l'intérieur, aussi M. De Berman conseille-t-il de ne l'employer qu'étendue de son poids d'eau. D'après cette donnée le médecin qui habite loin du pharmacien peut toujours avoir chez lui cette préparation, lorsqu'il s'agit de calmer les douleurs vives, ou seulement de modérer les sensations nauséeuses dont souffrent les malades atteints de dilatation stomacale pendant le stade pénible de leurs digestions. Il conseille d'employer la formule suivante :

Eau chloroformée saturée 150 gr.
Eau distillée........... 150 —

Prendre une cuillerée du mélange de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à soulagement.

On peut aromatiser la potion avec de la teinture de badiane 5 gr. ou avec de l'eau distillée de menthe 30 gr.

POTION NARCOTIQUE

Eau chloroformée saturée. 60 gr.
Eau de fleurs d'oranger.. 60 —
Sirop de morphine....... 30 —

Mêlez.

POTION OPIACÉE.

Eau chloroformée saturée. 80 gr.
Eau de fleurs d'oranger... 20 —
Sirop d'opium.......... 50 —

Mêlez.

M. Lasègue, comme purgatif drastique énergique, prescrivait le mélange suivant :

Eau chloroformée saturée. 100 gr.
Eau distillée de fleurs d'oranger................ 50 —
Gomme gutte........... 1 —

émulsionner avec soin, prendre une grande cuillerée le matin, à jeun, tous les jours ou tous les deux jours.

Stanislas MARTIN.

Semelles contre la transpiration des pieds,

Par Stanislas MARTIN.

Transpirer des pieds n'est pas une maladie ; c'est une incommodité pour les personnes qui en sont

affectées, surtout si elles répandent autour d'elles une odeur forte qui est peu agréable à sentir.

Est-il prudent de faire cesser cette exsudation ? Les avis sont partagés : quelques médecins prétendent qu'il n'y a aucun danger, et, dans ce but, ils conseillent les lotions aqueuses, rendues astringentes avec l'écorce de bois de chêne, le tannin, l'extrait de saturne et quelques autres médicaments.

D'autres médecins pensent qu'on doit garder cette infirmité ; ils demandent seulement à la science un agent non toxique qui ait la propriété de neutraliser l'odeur.

Dans ce but, bien des préparations ont été proposées ne remplissant pas le but désiré ; nous pensons queles médecinsapprouveront la formule suivante qui nous a donné de bons résultats ; elle a un avantage : c'estqu'on peutsoi-même opérer, et que le médica[...] d'un bas prix.

Permanganate de potasse..............	1[...]
Eau distillée.........	30[...]
Thymol.............	30[...]

Tremper dans ce mélang[...] pier à filtrer, du calicot, des[...] de liège, de paille ; laisse[...] tailler les semelles de la [...] voulue. Chaque jour on [...] mettre une paire neuve [...] chaussure.

La peau des pieds n'est [...] lorée par le manganate de [...] s'il arrivait qu'il y ait col[...] il faudrait passer sur les s[...] lorsqu'elles sont sèches, un[...] couche de collodion, de blan[...] ou de teinture de benjoin [...] raient vernis; quant aux ba[...] chaussettes, l'agent chimi[...] rait enlevé à la lessive.

Stanislas M[...]

VARIÉTÉS

—

Légion d'honneur. — Le Dr Ehrmann, de Mulhouse, cor[...] dant de l'Académie de médecine, vient d'être nommé officie[...] Légion d'honneur.

Asiles d'aliénés. — Un concours s'ouvrira le mardi 18 no[...] 1884, à trois heures du soir, à la Faculté de médecine de [...] pour la nomination à deux places d'interne en médecine à [...] public d'aliénés de Maréville.

Seuls pourront prendre part au concours les étudiants en [...] cine ayant au moins douze inscriptions de doctorat.

— Nous apprenons avec plaisir que notre collaborateur et am[...] Cazenave de la Roche vient d'être investi des fonctions de con[...] Belgique à Menton (emploi créé).

LE CHOLÉRA EN ESPAGNE. — *Son microbe signalé pour la première fois dans ce pays.* — Le choléra a fait son apparition en Espagne au commencement de septembre en débutant par Alicante. Ensuite il envahit plusieurs villes de cette province, puis la province de Tarragone et celle de Lérida. Le gouvernement espagnol, imitant l'Italie, a adopté le système des cordons sanitaires pour empêcher la propagation de l'épidémie. Aujourd'hui celle-ci est en pleine décroissance et tout fait présager qu'elle disparaîtra bientôt complètement.

A Barcelone on a signalé quelques cas de choléra sporadique, dont nous n'aurions pas parlé si nous n'avions à appeler l'attention sur un fait important mis en lumière par les observations auxquelles ces cas tout à fait isolés ont donné lieu. En dehors des enquêtes sérieuses que l'on a faites sur chaque cas et qui ont bien établi le caractère non épidémique de l'affection, la commission d'hygiène de la ville avait chargé MM. Louis et Ventura CARRERAS-SOLA et José ARMANGUÉ de faire l'examen microscopique des déjections cholériques. Ces observateurs se sont mis à l'œuvre et sont arrivés à découvrir le *bacille-virgule* considéré par Koch comme le microbe du choléra. C'est la première fois que des études sérieuses ont été entreprises en Espagne dans ce sens, aussi doit-on féliciter MM. CARRÉRAS-SOLA et ARMANGUÉ d'avoir été les premières à signaler le fameux microbe dans leur pays. Leurs constatations viennent confirmer l'opinion émise par M. Strauss, à savoir que le *bacille-virgule* n'est pas le microbe propre du choléra asiatique, puisqu'on le rencontre non seulement dans des cas de choléra sporadique, mais même aussi dans des cas de dysenterie.

Paul RODET.

UN POÈTE. — Notre ami et collaborateur le Dr Alfred Guillon nous adresse le morceau suivant qui a été laissé chez lui par un industriel qui exploite depuis deux ans les médecins de Paris. Voici la pièce.

« Très généreux docteur ! je me meurs, non, je crève
De faim en pleine rue, et mon destin s'achève
Le plus piteusement du monde, par ma foi !
Jusqu'à mes vêtements qui ne sont pas à moi !
Il ne me reste plus en propre que l'espace
Et l'air, plus l'eau qui coule aux fontaines Wallace,
Et le firmament gris toujours superbe à voir.
Très généreux docteur ! j'irai chez vous ce soir.

Peut-être ne refuserez-vous pas une pièce de vingt sous à un apprenti homme de lettres. Je suis pour l'heure dénué de toute ressource logique, et je couche le plus souvent dehors avec mon enfant, attendu qu'il n'y a pas d'asiles de nuit pour hommes avec bébés.

J'irai, chez votre concierge seulement, voir s'il y a une réponse à mon nom, sans me permettre de vous déranger d'autre façon.

Daignez agréer, Monsieur le Docteur, l'expression de mon prof respect.

Gustave Mercier.
licencié ès lettres.

Je n'ai plus le moindre domicile, et vous écris sur un banc.

Nous avons nous-même reçu un document identique il y a de six mois et nous mettons nos confrères parisiens en garde co cet industriel qui doit certainement avoir déjà ramassé quel centaines de francs grâce à ce petit commerce.

— Institut odontotechnique de France, 3, rue de l'Abbaye, P — La réouverture des cours à l'Ecole dentaire de France aura le lundi trois novembre.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 octobre 1884. — Présidence de M. Alph. Gué

M. Cornil offre en hommage le 2e fascicule du tome II *Traité d'histologie pathologique*, qu'il publie en collabora avec M. Ranvier.

M. de Villiers dépose sur le bureau des lettres contenar nouveaux renseignements sur la marche de l'épidémie choléra dans les départements du midi de la France.

M. Ball présente, au nom de M. le docteur Régis, un *nuel pratique des maladies mentales*.

M. Ball rappelle la généreuse et touchante hospitalité of par le peuple danois aux médecins qui ont assisté au Con de Copenhague. Les médecins français eurent le premier r on peut le dire, dans cette hospitalité ; la langue française même la langue officielle pendant toute la durée du Cong Or, les journaux viennent de nous apprendre qu'un ince à jamais déplorable a réduit en cendres le palais où se tin les séances de ce Congrès.

M. Ball pense qu'il serait désirable que l'Académie, se fai

l'organe autorisé de tout le Corps médical de la France, envoyât une adresse au roi en lui offrant l'expression de ses regrets pour ce douloureux événement.

La motion de M. Ball est accueillie par d'unanimes applaudissements.

M. Proust présente une note sur l'appréciation de la valeur des eaux potables à l'aide de la culture par la gélatine qui résulte d'une série de recherches faites à l'hôpital Lariboisière par M. Henri Fauvel.

Cette méthode a été appliquée à l'examen des eaux de Paris. C'est le procédé de Koch qui a été légèrement modifié ; le voici en résumé.

Préparation de la gélatine de culture. — Dans 100 grammes d'eau ordinaire dissoudre 5 grammes de gélatine comestible et 5 centigrammes de phosphate de soude. Quand la gélatine est dissoute et que le liquide ne dépasse pas 50 degrés, on incorpore un quart de blanc d'œuf frais étendu de trois fois son volume d'eau. On place le mélange sur un bain-marie pendant deux heures, sans l'agiter.

L'albumine se coagule entraînant toutes les impuretés ; on filtre, le liquide de culture est préparé.

Pendant qu'il est chaud, à l'aide d'une pipette de 10 centimètres cubes, on l'introduit dans chacun des récipients destinés à l'observation. Ces récipents sont de simples tubes munis de bouchons de liège percés d'un trou : on y engage un tube en verre de 3 centimètres contenant un peu de coton. Dans chacun d'eux on introduit 10 centimètres cubes de gélatine, et on les rebouche soigneusement : on les plonge verticalement dans un vase contenant de l'eau ; cette eau est portée à l'ébullition et la température maintenue à 100 degrés pendant vingt à vingt-cinq minutes. Les tubes alors sont stérilisés et peuvent se conserver deux et trois mois.

Ensemencement des tubes. — Quand on veut ensemencer ces tubes, on les plonge dans un bain d'eau à 30 degrés ; puis à l'aide d'une pipette de 1 centimètre cube, divisée en dixièmes, on introduit un centimètre cube de l'eau à examiner, puis on agite lentement le tube pendant deux à trois minutes.

n'avait eu aucun caractère spécial. Ces sortes de cas n
pas très rares.

M. Terrillon termine sa communication par des réfl
dont voici le résumé : Les contre-indications de l'ovari
deviennent de plus en plus rares. Les adhérences elles-
très étendues n'en sont pas. Les opérations incomplète
mettent la guérison ou tout au moins la prolongat
l'existence.

M. Desprès, à l'occasion des faits cités par M. Ter
rappelle que la malade à laquelle il a fait une ponction
d'une injection iodée est restée guérie depuis deux
démi.

M. Terrier fait quelques remarques relativement au
rences : M. Terrillon semble admettre que l'exacerba
la température, le soir, est un signe d'adhérences ; M
rier n'est pas édifié sur ce point. Il croit qu'on a d'auta
de chances de rencontrer des adhérences que le kyste e
ancien et qu'il date par exemple de deux ou trois ans.
vation de la température indiquerait plutôt une supp
dans l'intérieur même du kyste.

Quant aux petits abcès survenant au niveau de la
sur la paroi, M. Terrier croit qu'ils tiennent à ce qu'on
les fils d'argent trop longtemps, plus de six ou huit jou
exemple. Il a pris l'habitude de les retirer le quatrièm
et depuis ce temps il n'observe plus l'apparition de ces

Contrairement à M. Terrillon, M. Terrier pense que
rée de l'opération exerce une influence réelle sur le pr
opératoire. L'élévation de la température, à la suite de
ration, n'est pas, selon lui, d'une grande importance
élévation s'observe habituellement dans les cas où l'op
a nécessité de grands délabrements ; quand elle cesse
quarante-huit heures, il y a lieu de ne pas s'en inquié
péritonite, qui enlève nos opérées d'ovariotomie, n'e
pas toujours une température très élevée et suit pl
marche insidieuse de la fièvre traumatique que celle d
ritonite franche.

L'ascite constatée pendant le cours de l'opératio
plus souvent un accident péritonitique ; c'est une asci
peuse, visqueuse, sanguinolente, d'origine inflamm

Quand on la rencontre, on a presque toujours des accidents consécutifs très sérieux.

La récidive cancéreuse signalée par M. Terrillon est un fait très rare. Sur quatre-vingt-douze ovariotomies qu'il a pratiquées, M. Terrier ne l'a jamais constatée.

En somme, les résultats obtenus par M. Terrillon concordent avec ceux de M. Terrier ; ils peuvent se résumer en ces deux mots : gravité, au point de vue de l'opération, des kystes multiloculaires, bénignité des kystes simples uniloculaires.

M. Lucas-Championnière a interrogé les plus célèbres ovariotomistes, relativement au diagnostic des adhérences. Tous s'accordent à reconnaître que c'est là un diagnostic très sujet à caution, pour ne pas dire impossible. Quand il y a eu des douleurs vives avec des vomissements, on pense qu'il y a eu des poussées de pelvi-péritonite avec des adhérences consécutives. Les adhérences ne sont nullement en rapport avec ces douleurs. M. Lucas-Championnière cite l'exemple d'une malade qui avait eu une pelvi-péritonite post-puerpérale. Comme elle eut ensuite un kyste ovarique, il l'opéra et ne trouva pas du tout d'adhérences. Réciproquement on voit des femmes qui n'ont jamais eu de douleurs et chez lesquelles on rencontre des adhérences. La durée de la maladie peut exercer une certaine influence sur la production des adhérences ; mais M. Lucas-Championnière pense qu'elles tiennent plutôt à la nature du kyste.

Quant aux abcès de la paroi, au niveau de la suture, M. Lucas-Championnière pense que le meilleur moyen de les éviter est non pas d'avancer l'ablation des fils, mais bien d'augmenter la somme des précautions antiseptiques.

M. Tillaux pense, comme ses collègues, qu'il est impossible de dire d'avance s'il y a ou non des adhérences.

Séance du 8 octobre 1884. — Présidence de M. Sée.

Opération d'Estlander. Rapport.— M. Nicaise fait un rapport sur un travail basé sur cinq observations nouvelles d'opération d'Estlander, envoyé, par M. Saltzmann, d'Helsingfors.

Après avoir recueilli cinq observations suivies de succès, M. Saltzmann aime mieux faire des incisions multiples le

long des côtes, en un mot opérer suivant le procédé opératoire d'Estlander, que faire le grand lambeau quadrilatère de MM. Bouilly et Championnière, qui expose à plus d'hémorrhagie et à des abcès.

Il insiste sur la valeur de la méthode sous-périostée. La diminution de la circonférence du thorax du côté malade est quelquefois rapide.

La régénération des côtes n'est pas à espérer.

M. Saltzmann repousse l'excision de la plèvre pariétale. Il n'est pas très important de connaître exactement les limites de la cavité, d'autant plus que cela n'est pas facile.

Il examine ensuite les conditions de la cavité pleurale qui favorisent la réussite de l'opération.

Les dangers de l'opération sont minimes ; surtout si on se sert des méthodes antiseptiques.

Il fait une contre-ouverture quand la plus basse des côtes réséquées ne correspond pas au fond de la cavité.

M. Saltzmann croit que l'intervention opératoire doit être précoce.

Le rapporteur ajoute deux autres observations. En 1881, M. Nicaise a vu avec M. Maurice Raynaud un malade qui avait une très vaste cavité purulente. Le malade était tuberculeux et est mort. L'autopsie et la répétition de l'opération sur le cadavre ont montré que, même avec une résection très étendue des côtes, on n'eût pu obtenir un affaissement suffisant de la paroi thoracique.

J'ai eu à faire cette année une opération d'Estlander chez un malade qui avait déjà subi plusieurs ponctions. Je fis, en mai 1883, la pleurotomie, je l'opérai en 1884. J'enlevai sept côtes de 8 à 11 centimètres de longueur. Affaissement convenable et immédiat de la paroi. Le malade était tuberculeux. Le pus de la plèvre contenait des bacilles.

L'opération a été apyrétique ; il y a eu réunion par première intention et désunion ultérieure due à l'inoculation des lèvres de la suture par le pus tuberculeux.

M. Saltzmann a agité une grave question : c'est le mode d'incision. Savoir s'il y a avantage à faire des incisions multiples dans les espaces intercostaux suivant le mode d'Estlander ou bien des lambeaux.

Le rapporteur dit qu'il préfère les incisions d'Estlander. Sur le cadavre, les incisions d'Estlander me paraissent préférables. La plaie est plus régulière ; elle évite la stagnation du pus, et de plus une seule plaie est contaminée par les liquides provenant de la cavité pleurale.

La résection des côtes inférieures doit être dans une situation plus postérieure que celle des supérieures.

L'excision de la plèvre est rejetée par M. Saltzmann. M. Bœckel a fait l'incision avec succès. Mais M. Erhmann a eu un insuccès complet.

L'excision de la plèvre ne doit pas être toujours rejetée, surtout quand on a affaire à de vastes cavités.

Sprengel (de Dresde), après avoir fait la résection sous-périostée des côtes, a fait une incision de la plèvre parallèle aux côtés. Il a tamponné la cavité et le malade a guéri. Mais déjà en 1873, M. Letiévant l'avait fait et avait communiqué son observation, en 1875, à la Société de chirurgie.

M. Lucas-Championnière fait pour la troisième fois l'opération d'Estlander sur le même malade. Il y a eu une très grande amélioration à la suite de la première opération. Ce malade avait une immense cavité pleurale.

La deuxième fois, il fit une nouvelle résection qui porta sur quatre côtes. Le malade fut encore très amélioré et il reprit son travail.

Mais il restait encore à l'extrémité supérieure du thorax une cavité assez grande. Il a réséqué quatre côtes en arrivant jusqu'à la 2e côte. Il a subi cette opération avec une grande aisance. Actuellement il est dans un état très satisfaisant.

M. Lucas-Championnière est partisan des opérations précoces et croit qu'on éviterait la formation des fistules et par suite l'opération d'Estlander, en réséquant une côte au moment où l'on fait l'empyème et en évitant de faire des lavages. Dans les opèrations d'Estlander, le dégagement de la première côte est très difficile. C'est encore plus difficile dans les opérations ultérieures.

M. Bouilly trouve qu'on confond toutes les opérations qu'on fait sur la plèvre avec l'opération d'Estlander. Aussi désirerait-il appeler l'attention de la Société sur cette question dans la prochaine séance.

M. Després a eu à examiner un malade qui a depuis dix ans une fistule pleurale vers la 5e côte gauche ; il avait un drain qui pénétrait à 10 centimètres ; il suppurait très peu et jouissait d'une bonne santé. Il ne faut pas se presser de faire l'opération d'Estlander.

Les opérations d'Estlander réussissent très bien sur les sujets jeunes qui ont leur fistule depuis moins d'un an ; elles réussissent beaucoup moins sur des sujets âgés et quand les fistules sont anciennes.

M. Bouilly fait remarquer que les opérations tardives se font sur les individus qui ont un fond de bonne santé et ont des fistules pleuro-cutanées ou des petites cavités. Ceux qui ont de grandes cavités suppurantes meurent rapidement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN.

Séance du 11 août 1884. — Présidence de M. Jude Hue.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques ordinaires.

M. le président offre, de la part de Mme veuve le Brument, un portrait de feu M. le Dr Le Brument, qui sera placé dans la salle des séances, en même temps que des remerciements seront adressés à la donatrice.

La scrofule au quartier correctionnel de Rouen, par M. Delabost. — Le nombre des jeunes détenus atteints d'affection scrofuleuses m'ayant paru augmenter depuis quelque temps, je fis, le 15 mai, le dénombrement exact des sujets présentant des manifestations de cette maladie.

Les résultats de cette enquête spéciale sont résumés dans le tableau ci-après:

La population totale du quartier correctionnel à la même date était de 159 ; la proportion des scrofuleux est donc de $\frac{14}{159}$ soit 8 3/4 %. Je ne saurais affirmer et donner la preuve que cette proportion est différente de celle que nous avions antérieurement, car je n'avais pas encore fait de recherches à ce sujet, et la statistique annuelle des infirmeries ne contient pas au mot scrofule tous les cas de cette affection qui y sont soignés ; certaines manifestations

NOMS des sujets atteints de scrofule	ATELIERS où ils travaillent	COLONIES d'où ils sont venus	NATURE de l'affection scrofuleuse	DATE du début de l'affection	DATE de l'arrivée au quartier correctionnel	NOMBRE des sujets atteints dans chaque atelier	TOTAL des jeunes détenus de chaque atelier
C.	Brosserie n° 1	St-Bernard.	Adénite cervicale.	15 mois.	2 ans.		
F.	id.	Moissel.	Adénite cervicale bi-latérale.	Un côté pris avant son départ de Moisel, l'autre depuis son séjour à Rouen.	10 mois.		
R.	id.	La Fouilleuse	Adénite cervicale bi-latérale.	4 mois.	15 mois.		
R.	id.	Bologne.	Adénite cervicale. Otorrhée.	6 mois. 1 mois.	2 ans.		
B.	id. n° 2	Petite-Roquette.	Adénite cervicale bi-latérale.	Adénite unilatérale avant son transfert à Rouen; l'autre côté s'est pris depuis.	14 mois.	9	62
D.	id.	Arrentières.	Adénite cervicale	3 mois.	3 ans.		
J.	id.	Val d'Yèvres.	Adénite cervicale.	Début antérieur au transfert, mais l'adénite s'est développée depuis.	20 mois.		
S.	id.	Les Douaires.	Abcès froid du cou, kératite ulcéreuse.	Depuis son arrivée.	3 ans 9 mois.		
D.	id.	Val d'Yèvres.	Adénite cervicale, kératite ulcéreuse.	6 mois.	18 mois.		
A.	Tôlerie.	La Fouilleuse.	Adénite cervicale.	3 mois.	17 mois.	1	29
T.	Claqueurs.	Breteuil.	Kératite.	2 mois.	16 mois.	1	28
N.	Sacs.	Moissel.	Adénite cervicale, abcès froids du thorax.	5 mois.	9 mois.		
S.	id.	Les Douaires.	Adénite cervicale, double ulcérée.	7 mois.	10 mois.	3	8
P.	id.	Les Douaires.	Kératite.	Antérieur au transfert.	10 mois.		
						14	

se trouvent comprises dans le groupe des maladies des yeux, d'autres dans ceux de la peau, ou des os et des articulations ; en outre, un certain nombre des individus atteints d'affections strumeuses n'entrent pas à l'infirmerie ; ils suivent un traitement tout en continuant leur travail à l'atelier. Les éléments précis manqueraient donc pour une comparaison avec les années précédentes ; mais je n'avais pas encore été impressionné, comme depuis quelque temps, par les manifestations de la scrofule dans le quartier correctionnel ; dans mes visites aux ateliers, aux préaux, ou en observant les jeunes détenus dans leurs marches sur la galerie pour se rendre à l'école, aux réfectoires, aux ateliers, jamais mon attention n'avait été aussi vivement attirée sur ce sujet ; c'est l'impression pénible produite sur moi par cette observation qui m'a engagé à poursuivre cette étude. D'ailleurs, que le nombre des scrofuleux soit plus ou moins fort qu'autrefois, il importe assez peu ; la proportion est considérable et il m'a paru urgent d'en rechercher les causes ainsi que les moyens d'y remédier.

Je n'ai pas à m'occuper ici de toutes les causes susceptibles de produire la scrofule, mais seulement de celles qui sont spéciales à la population du quartier correctionnel.

De ces causes, les unes (causes intrinsèques) peuvent provenir de l'individu lui-même (constitution, hérédité, habitudes vicieuses, etc.) ; les autres (causes extrinsèques) des conditions extérieures d'habitation, d'alimentation, de travail, etc.

Il importe, pour arriver à des conclusions pratiques, de déterminer quelles sont celles de ces causes qui entrent en action, et dans quelle mesure chacune d'elles concourt au résultat.

Causes intrinsèques. — Tout d'abord, il est nécessaire de rappeler de quels sujets se compose la population du quartier correctionnel.

Le tableau ci-dessus montre que tous les individus atteints ont passé, avant de venir à Rouen, par une colonie pénitentiaire ; ils en ont été renvoyés pour mauvaise conduite, insubordination, etc. Les notes des directeurs des colonies pénitentiaires accompagnant les dossiers de ces jeunes gens sont déplorables :

.... X, « mauvais sujet, vagabond de la pire espèce, propre à semer le désordre et la corruption parmi ses camarades. » — Y « a passé à peine un an à la colonie, où il s'est fait distinguer par sa grossièreté, sa désobéissance, sa mauvaise volonté et sa mauvaise tenue » ..., etc. (*A suivre*).

Le Gérant: D[r] A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

4e Année. — T. VII. N° 18 1er Novembre 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

LE MALTHUSIANISME

Paris, le 27 octobre 1884.

Monsieur le Rédacteur,

Nous avons lu avec grand intérêt une lettre du Dr Drysdale, de Londres, exposant les avantages d'une loi contre la production des nombreuses familles. L'idée n'est pas neuve ; car cette réforme que le médecin anglais croit exigée par les nécessités de l'existence, des considérations d'un autre ordre la faisaient préconiser en 1814 par le chansonnier français.

> Pour peupler la machine ronde,
> Qu'on est fou d'y mettre du sien !
> Ah ! pour un rien,
> Oui, pour un rien,
> Nous laisserions finir le monde,
> Si nos femmes le voulaient bien.

Pour atteindre le but désiré, il faut, selon Béranger, faire appel à l'intelligence des hommes et à la bonne volonté des femmes. Le premier point peut être obtenu par l'instruction laïque et obligatoire, mais le second ?

Les idées du savant penseur Stuart Mill sur les causes du paupérisme sont loin d'être toutes justifiées par une observation rigoureuse. Les femmes riches et grasses conçoivent, il est vrai, moins facilement que les pauvres et maigres, mais, chez ces dernières, la misère matérielle engendre souvent la misère morale. C'est à l'inconduite qu'il faut attribuer la fécondité exagérée de certaines pauvres femmes. Une seule disposition légale, la recherche de la paternité, peut, selon nous, consolider la famille en la limitant à un petit nombre d'individus. Cette recherche, qui s'impose d'ailleurs comme corollaire de la loi sur le divorce, restituerait à chacun la responsabilité de ses actes, reconnaîtrait les droits sociaux d'une classe de

le bistouri ; il y eut une légère hémorrhagie, que l'on arrêta rapidement en faisant un pansement phéniqué. Vingt jours après, le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri, sauf une petite plaque de la grandeur d'un pois.

CAS II. *Lupus du visage et de l'avant-bras gauche.* — Le malade était un jeune homme de 15 ans, sans aucun antécédent héréditaire; il entra à l'hôpital le 6 septembre 1882. Deux ans auparavant il s'aperçut pour la première fois de quelques boutons sur la joue droite : bientôt la joue gauche fut elle-même envahie. Il vint alors au London hospital, d'où on le renvoya bientôt comme guéri. Peu après, la maladie récidiva, et quand il se décida enfin à entrer à Guy's hospital, il avait un lupus du visage. Le nez était très enflé, et pris dans sa totalité, de là l'affection s'étendait symétriquement sur les deux joues.

Le visage était presque entièrement envahi ; l'affection s'étendant latéralement jusqu'aux oreilles, supérieurement jusqu'aux paupières, inférieurement jusqu'au cou. Sur la face dorsale de la main gauche se voyait une plaque circulaire exulcérée commençant à guérir au centre, s'étendant depuis le bord externe de la main jusqu'au petit doigt et à l'annulaire dont l'articulation métacarpophalangienne était profondément intéressée, quoique ses mouvements fussent en partie conservés. Sur l'avant-bras gauche se trouvait une plaque annulaire surélevée de tissu de granulations ; sur le bras il y en avait encore une autre. Six jours après son entrée on endormit le malade et on lui racla la joue gauche, après quoi on la cautérisa avec de l'acide phénique pur, et on la pansa avec de la teinture composée de benjoin. Quatorze jours après cette première opération, on en fit subir une autre identique à la joue gauche, mais on se servit de nitrate acide de mercure, au lieu d'acide phénique. Au bout de trois jours, toutes les parties qui avaient été touchées au nitrate acide de mercure étaient recouvertes d'une eschare. Le 5 octobre on commença à voir se former sur les parties qui avaient été traitées du tissu de granulation qui avait bon aspect. Dès lors les plaies consécutives au raclage et aux cautérisations commencèrent à se cicatriser ; on les pansait avec de l'huile de foie de morue. Un mois environ après la dernière opération, cette cicatrisation était en excellente voie. (*The Lancet*, 9 août 1884, p. 234).

Telles sont les deux observations que l'auteur anglais publie sans aucun commentaire. Elles nous semblent cependant mériter qu'on s'y arrête et qu'on les discute.

Le procédé qui a été employé n'est pas nouveau. Je dirai presque qu'il est l'enfance de l'art comme traitement chirurgical du lupus. Il y a plus de dix ans que Volkmann pratiquait le raclage, procédé que ses élèves ont depuis perfectionné en le combinant avec les applications de caustiques. Depuis lors, d'autres moyens ont été découverts, les scarifications linéaires quadrillées, les cautérisations méthodiques au galvanocautère, et au thermocautère, etc. . . Faut-il abandonner ces nouvelles méthodes ? Faut-il en revenir aux pratiques anciennes ? Telle est la question qui se pose à l'heure actuelle, et qui se pose réellement, je le répète, car ce n'est pas seulement en Angleterre, c'est aussi en Amérique et dans certaines contrées de l'Allemagne qu'on recommence à employer le raclage avec application de caustique. Disons donc brièvement quels sont les avantages et les inconvénients de ce procédé.

Pour arriver à exécuter le raclage d'une manière satisfaisante, on chloroformise maintenant les malades. La prétention de ceux qui préconisent cette méthode est, en effet, d'obtenir la guérison en une seule séance, deux au plus. On comprend dès lors que, dans ces conditions, il soit possible d'anesthésier le malade, puisque les séances d'anesthésie ne se répètent pas trop, et d'autre part qu'il soit indispensable de le faire, car il suffit d'avoir traité un lupus de quelque étendue pour se rendre compte du temps nécessaire pour aller successivement énucléer et cautériser chaque tubercule. C'est là une opération des plus longues, des plus douloureuses, des plus difficiles, car il ne faut laisser échapper aucun point malade, et j'avoue, pour ma part, que je ne conçois pas qu'on puisse y arriver, quand le lupus a quelque étendue; car je sais trop combien les tubercules sont malaisés à voir et à atteindre une fois l'opération commencée, lorsque la surface est inondée de sang. Les partisans de la méthode répondent à cela qu'ils raclent toute la surface atteinte, et qu'ils sont sûrs dès lors de ne laisser intact aucun tubercule : c'est une grossière erreur. Il ne faut pas croire, en effet, qu'une production lupique soit une production uniforme étalée à la surface des téguments comme une couche de cire :

entre les travées conjonctives du derme s'enfoncent des prolongements de la néoformation morbide, prolongements que j'appellerai les racines du mal et qui, lorsque l'on enlève par le grattage la couche superficielle, restent intacts, et tout prêts à proliférer plus tard, après une phase trompeuse de cicatrisation éphémère et de quasi-guérison. Il ne suffit donc pas de racler toute la surface, il faut encore aller énucléer chacun de ces prolongements dans son alvéole de tissu sain ; voilà le difficile, je dirai presque l'impossible : et cependant la guérison réelle est à ce prix. Presque tous les dermatologistes récents qui ont voulu employer cette méthode n'ont pas manqué de recommander d'agir ainsi, et ils ont voulu rendre l'exécution plus facile en engageant à se servir de toutes petites curettes pour l'énucléation, et de crayons pointus de nitrate d'argent que l'on introduit dans chaque tubercule pour la cautérisation. Il est permis d'abord de se demander si l'on est sûr, en agissant ainsi, de détruire en une seule fois toute la matière lupique, et en second lieu la difficulté que j'ai déjà signalée reste toujours aussi grande. Comment sur une surface saignante et déjà raclée arriver à ne laisser passer inaperçu aucun des prolongements lupiques intra-dermiques ? Je le répète, ce procédé, si beau en théorie, me paraît irréalisable en pratique.

Mais là ne se bornent pas toutes les objections qu'on peut lui faire. Quand il s'agit de traitement de lupus de la face, il faut avant tout s'occuper de l'aspect des parties après la cicatrisation définitive. On n'ignore pas, en effet, que les méthodes anciennes, les caustiques divers que l'on employait donnaient la guérison, mais au prix de difformités irrémédiables. C'est surtout pour rémédier à ces cicatrices vicieuses, et aussi pour trouver un procédé permettant d'arrêter plus sûrement les progrès du mal que l'on a tant cherché dans ces derniers temps à modifier le traitement du lupus. Le raclage répond-il à ces désiderata ? Il suffit de lire la deuxième observation que nous venons d'analyser pour voir que non. A la suite du raclage et de l'application des caustiques violents que l'on a cru devoir employer pous arriver à détruire toute la néoplasie lupique, il s'est produit en effet de véritables eschares. Il y a donc eu d'abord perte de substance par suite du raclage, puis perte de substance par suite de la formation et de l'élimination de l'eschare. Or,

il suffit de songer aux déformations, aux brides cicatricielles, consécutives aux brûlures du troisième ou du quatrième degré, pour comprendre ce que doit être le visage du malade après un pareil traitement. L'observation le donne à entendre, puisqu'elle parle de la formation d'un tissu inodulaire sur toute la face, d'un tissu inodulaire avec ses colorations blanchâtres, ses brides fibreuses, ses saillies, ses indurations, ses inégalités, les rétractions vicieuses qu'il exerce sur tous les organes voisins.

Ainsi que l'a fort bien dit le Dr Vidal, quiconque cherche à traiter un lupus de la face doit se proposer pour but d'obtenir la guérison sans difformité, et, si c'est possible, sans récidive. Le procédé précédent nous semble ne remplir aucune de ces deux indications. Nous croyons d'une part qu'il est impossible d'àtteindre en une seule séance toute la néoplasie lupique, à moins de détruire le derme en masse à des profondeurs telles que le remède est pire que le mal, et d'autre part on ne peut obtenir ainsi que des cicatrices vicieuses. Nous estimons donc qu'on est dans l'erreur à l'étranger en faisant de nouvelles tentatives dans cette voie.

Est-ce à dire pour cela que nous estimions que le raclage ne doit jamais être employé dans le traitement du lupus ? Evidemment non. Ce procédé est excellent dans certains cas : lorsque l'on a affaire à un lupus situé dans une région recouverte de vêtements, et où l'on n'a pas trop à s'inquiéter d'une cicatrice difforme, pourvu que l'on procède à plusieurs séances et que l'on poursuive les tubercules ayant échappé aux séances antérieures jusqu'à disparition complète du tissu morbide. Il est surtout efficace lorsqu'on a à traiter un lupus à végétation exubérante, papillomateux : dans ces cas, le raclage est en effet un procédé rapide, et qui permet d'obtenir la guérison dans un laps de temps relativement court. Mais en dehors de ces quelques cas particuliers, ce n'est évidemment pas à cette méthode que l'on doit avoir recours, maintenant surtout que nous avons à notre disposition : 1° les scarifications linéaires quadrillées, qui ont donné entre les mains du Dr Vidal de si merveilleux suc-ès comme restauration des partles malades, comme colora-on et souplesse des tissus guéris, comme absence de cicatrice, . 2° les cautérisations ignées que M. le Dr Besnia expérimente 1 ce moment sur une vaste échelle à l'hôpital St-Louis, et

dont il a déjà fait connaître les avantages et les résultats. Nous nous réservons d'ailleurs d'étudier ces deux méthodes dans un de nos prochains articles.

Dr L. Brocq.



REVUE CLINIQUE

—

DE L'ÉVOLUTION TUBERCULEUSE (1),

Par le Dr Lacaze

La tuberculose a des formes, des aspects variés, et il est probable que le même être morbide prend divers aspects, selon qu'il siège à la peau, dans ses différentes couches, ou dans les organes internes. Phthisie pulmonaire, lèpre tuberculeuse, acné profonde, tubercules du foie et des autres organes semblent à l'observation attentive n'être souvent que le même être dans ses diverses évolutions.

Jusqu'à ces derniers temps, le tubercule était considéré comme un développement morbide d'une cellule organique, comme une des évolutions de la scrofule. Il avait été étudié depuis Laënnec jusqu'à Andral, Louis et autres observateurs sur le cadavre et le scalpel à la main. Ce n'est que récemment que vu au microscope, on y a découvert le bacille, être vivant et pouvant être inoculé. M. Villemin le premier en France avait pu reproduire le tubercule par inoculation. Ses expériences n'ont pas été acceptées d'abord par la majorité des médecins ; mais depuis les nombreuses et remarquables expériences de M. Pasteur en France et des médecins allemands, le bacille tuberculeux a été étudié par beaucoup de savants, et son inoculabilité n'est plus mise en doute. Reste à savoir s'il est une manifestation morbide, naturelle, organique, ou s'il se transmet par une voie quelconque. En d'autres termes, devient-on toujours tuberculeux par transmission, ou certains être le sont-ils par eux-mêmes sans contagion, sans hérédité. — L'observation journalière fait voir la fréquence de l'hérédité ; elle n'est pas fatale ; mais il y a certainement des familles où les affections tuberculeuses

(1) Travail lu à la Société de médecine pratique, le 16 octobre 1884.

sont communes, fréquentes.— Quant à la contagion, elle se fait quelquefois par la cohabition intime, mais ce n'est pas la cause ordinaire de la tuberculisation.—Il y a un fait connu de tous, fait qui prouve que chaque être peut devenir tuberculeux, phthisique particulièrement, sans antécédents d'aucune sorte, sans contagion, mais par un genre d'existence différent de celui auquel il est habitué ; en quittant la vie libre et dégagée, pour la vie recluse.— Nous savons que les singes habitués à la vie des forêts, enfermés et attachés, périssent tous phthisiques.— Les femmes qui vivent dans des couvents sont souvent phthisiques. Les sauvages vivant au grand air ne sont jamais atteints de phthisie ou très rarement. Quand on les enferme dans des écoles, les femmes, surtout à l'âge de puberté et plus tard, ne tardent pas à dépérir et à devenir tuberculeuses. Le tubercule peut donc être accidentel et l'observation attentive prouve que chaque être a ou peut avoir en lui les éléments de cette affection.

J'ai observé la concordance des différentes formes de cette maladie dans des familles où on pouvait en suivre toutes les formes. Ainsi là où on constate dans le jeune âge l'acné confluente, profonde, laissant après la disparition des boutons une dépression plus ou moins creuse, vous rencontrerez, non pas inévitablement, mais souvent, les différentes formes du tubercule, aux poumons, au foie, aux reins, à la peau, pouvant enfin siéger dans tous les organes. Cette opinion résultant d'observations nombreuses, et que je vais rapporter, me fait admettre que ces différentes formes de la même maladie, pourraient être combattues par les mêmes moyens, en les modifiant cependant selon les circonstances. Reconnaître les formes légères ou primitives aurait l'avantage surtout de faire pressentir les formes graves à l'apparition de la maladie et de la combattre dès le début. Les observations que je vais rapporter et les réflexions qui en découleront donneront une idée plus exacte et plus explicite de ce que je crois être.

Il y a évidemment des prédispositions, mais il est difficile de reconnaître sûrement dans tous les cas ceux qui seront à l'abri. Les apparences les plus satisfaisantes peuvent avoir de fâcheuses terminaisons, mais c'est l'exception. Dans la grande majorité des cas, le tubercule ne se développe complètement que chez les scrofuleux, les lymphatiques, chez des êtres d'aspect particulier.

Cet état scrofuleux naturel chez certains peut être la conséquence de la vie misérable des grandes villes ; on peut l'observer aussi dans les campagnes où les conditions d'existence laissent beaucoup à désirer. Quelles que soient ses idées, le médecin doit chercher à reconnaître les premières manifestations des phases tuberculeuses, car alors là maladie peut être curable, tandis que développée la terminaison fatale est presque certaine.—Si on arrivait à trouver d'une manière certaine le bacille tuberculeux à l'état rudimentaire, ce serait un grand progrès, car la certitude ferait place au doute. Mais quoi qu'en disent certains médecins, le bacille ne se constate que dans le crachat purulent, c'est-à-dire quand la maladie est déjà dans sa phase culminante. Les études cliniques avaient déjà permis de reconnaître les débuts du mal et de le combattre. Grave, dans son ouvrage, cite plusieurs observations concluantes à ce sujet des guérisons obtenues avant que le tubercule n'ait enflammé les parties voisines.

Nota. Les recherches modernes ont donné un aspect nouveau à l'appréciation de la tuberculose. Certains médecins admettent qu'il y a toujours inoculation, contagion et non hérédité (Debove). Ainsi, les grands centres, les grandes accumulations d'hommes entraînent toujours la phthisie chez un grand nombre : les bacilles se transmettraient par contagion. C'est un point de vue qui ne me paraît pas toujours exact, car dans certaines familles, avec des organisations évidemment prédisposées, le tubercule de la phthisie particulièrement se développe comme fatalement, lorsqu'on ne peut lutter avec avantage par la prophylaxie et le traitement. Ces résultats funestes et organiques s'observent dans les conditions d'existence les meilleures, mais toujours chez ceux prédisposés par l'hérédité ou une organisation native.

Il restera à parler ensuite de la médication ou des moyens à employer pour guérir, ou au moins enrayer le mal à son apparition, ou dans les différentes phases de son évolution. C'est comme toujours en médecine la partie difficile, épineuse ; mais avec les moyens d'analyse précis et nombreux que nous avons, avec l'aide de la chimie, du microscope, on peut arriver à saisir plus particulièrement l'être morbide. — C'est déjà quel-

que chose que de pouvoir rattacher une maladie à une cause spéciale qu'on peut suivre des yeux pour ainsi dire.

Le bacille tuberculeux a été examiné au microscope et, à peu de chose près, celui de la lèpre est le même que celui du tubercule pulmonaire. Le Dr Corter qui a un dispensaire de lépreux à Bombay, a publié un ouvrage important avec des planches coloriées qui font voir l'identité des deux bacilles. Il n'est pas rare dans les léproseries de voir la coïncidence des tubercules de la peau avec la phthisie pulmonaire. A l'île Maurice j'en ai vu plusieurs cas.

Pourra-t-on arriver, avec le courant actuel donné à la thérapeutique par M. Pasteur, à cultiver, à amoindrir la vitalité du tubercule? trouvera-t-on enfin le moyen de l'empêcher de vivre? pourra-t-on arriver à son inoculation préventive? C'est le secret de l'avenir, mais la question n'en est pas moins plus précise, plus claire. Il y a malheureusement un fait indiscutable : c'est la propagation de la phthisie par la misère. Elle n'est certes pas la seule cause de propagation et du développement du tubercule, mais elle aide beaucoup à son existence et à son accroissement. Tous les médecins en sont convaincus et la statistique des grands centres en donne un éclatant témoignage.

Mes observations ont été faites en grande partie dans les pays chauds, où j'ai pu constater le tubercule sous toutes ses formes ; mais il m'a été donné de constater aussi en Europe la concordance des idées que j'émets dans la limite ordinaire des maladies que comportent les climats tempérés ou froids.

L'acné est une éruption commune souvent dans l'âge de la puberté; mais elle présente des degrés et des différences profondes dans son aspect. Parfois, ce sont des boutons peu élevés et rares ; chez certains, au contraire, c'est une éruption confluente de grosses pustules présentant une saillie tuberculeuse d'aspect. Dans certaines familles, cette acné confluente, sébacée, épaisse, dure parfois plusieurs années; chez d'autres, les boutons sont plus rares et laissent moins de traces. Ces deux formes de l'acné ont des conséquences variées et différentes qu'on peut suivre et observer dans les maladies qui frappent les familles qui en ont été atteintes.

L'acné profonde, confluente, est, à mon avis, une des premières manifestations du tubercule ; c'est souvent sa forme

première et sans danger immédiat ; mais si elle disparaît plus ou moins vite en ne laissant que des traces locales, elle conserve dans l'organisme son principe morbide qui peut se développer plus tard dans les organes internes, à la peau, mais plus profondément et de façon à être combattu très difficilement. — Cette transformation ou cette marche n'est pas fatale, et elle peut rester latente jusqu'à la fin ; mais il faut s'attendre à une explosion possible, souvent prompte du mal dans les divers organes.

Dans les pays tempérés ou froids, les familles acnéiques dans le jeune âge, avec l'éruption confluente profonde, sébacée sont sujettes aux maladies tuberculeuses, à la phthisie pulmonaire plus particulièrement. — Dans les pays chauds, où la lèpre est endémique, c'est souvent à la peau que le tubercule apparaît. Nous verrons dans les observations que je cite, combien sont souvent promptes, foudroyantes ces différentes évolutions du même mal. Il n'est pas rare de rencontrer la phthisie pulmonaire dans les familles où il y a des lépreux. — La coïncidence n'est pas nécessaire, et des individus deviennent lépreux, sans antécédents tuberculeux apparents du moins, par suite d'un séjour dans certaines régions, par contagion rarement. — Il faut cependant, pour que la maladie se développe, une constitution essentiellement lymphatique, sujette aux engorgements des glandes et des vaisseaux blancs. — Je n'ai pas fait d'études microscopiques ; je n'aurai qu'à relater des observations générales qui pourront, à l'aide des moyens nouveaux d'examen, se compléter et prendre un caractère plus scientifique. — Je passe à mes souvenirs de malades observés dans certaines familles où j'ai constaté les différentes évolutions du tubercule.

La famille X. habite un pays chaud depuis plusieurs générations. — J'en ai connu trois : la première composée d'hommes et de femmes assez vigoureux, bruns et d'origine un peu mêlée comme celle de beaucoup de colons qui se sont fixés dans les colonies. — Une femme, que je n'ai vu qu'à un âge avancé, est lépreuse ; toute la face est boursouflée, tuberculeuse, les mains gonflées et squammeuses. — Deux de ses frères ont la peau rugueuse présentant de nombreuses traces d'acné profonde, ayant laissé une dépression marquée. Grâce à une vie sévère, à un régime peu excitant, ils arrivent à la fin

de leur vie sans traces d'altérations profondes; le nez cependant est épais, la face présente une congestion violacée. — Un d'eux meurt d'une affection de la prostate qui s'était développée et avait fini par ne plus permettre le passage de la sonde. Les urines étaient très chargées. — N'ayant pas encore l'esprit éveillé sur ce sujet, je ne pensai pas à une affection tuberculeuse. Ce n'est que plus tard, en donnant des soins à cette famille, que j'en ai eu la pensée. — N'ayant pas fait d'autopsie, je ne saurais caractériser d'une manière certaine cette maladie de la prostate qui a fini par amener la mort. Cet homme a laissé plusieurs enfants. — Les garçons ont eu dans leur jeune âge sur la figure et sur le corps des boutons d'acné ressemblant à des furoncles qui ont altéré la peau assez profondément. L'un d'eux est mort d'une phthisie pulmonaire à l'âge de 24 ans; l'autre a vécu et s'est marié; il a eu un enfant qui dès le bas âge avait de gros boutons sur la figure et la peau écailleuse; jeune encore il a fini par une lèpre tuberculeuse bien caractérisée. — Une sœur d'une constitution nerveuse et robuste s'est mariée à un Européen; elle a eu de nombreux enfants qui naissaient tous avec l'aspect d'une constitution forte. — Un d'eux, le second, meurt à l'âge de 18 mois en pleine santé apparente. Depuis quelque temps cependant, cet enfant ne gardait pas ses aliments et avait des vomissements verdâtres. Il meurt presque subitement. Sa famille ne comprenant pas qu'un enfant d'aussi belle apparence ait pu être enlevé si vite, sans une cause peut-être criminelle, demanda l'autopsie. Je fis cette autopsie aidé de deux autres médecins. Nous trouvâmes le mésentaire farci de tubercules; il y en avait qui comprimaient le pylore et donnaient l'explication des vomissements répétés. La cause de la mort était évidente. — Une sœur de cet enfant arrive jusqu'à l'âge de 16 ans avec un aspect magnifique. Elle vint en Europe avec sa famille. Peu de temps après son arrivée, elle meurt presque subitement. Les médecins qui la virent à ce moment, ne surent pas trop de quoi elle était morte. Ils pensèrent cependant à une péritonite dont la cause leur échappait. Quand on m'en parla, avec l'expérience et le souvenir de l'autopsie que j'avais faite plusieurs années auparavant au jeune frère, je n'hésitai pas à admettre qu'il y avait eu une poussée tuberculeuse confluente dans l'abdomen. Plusieurs

années après, un frère de la même famille tomba malade ; il avait eu jusque-là une santé florissante. La figure et la poitrine présentaient des traces d'acné confluente profonde. — Il était marié et avait plusieurs enfants bien venus. Sans cause appréciable, il est pris d'une toux sèche, peu fréquente, avec fièvre. On suppose une fièvre d'accès et il prend du sulfate de quinine sans succès. — Un séjour dans les régions élevées ne l'améliore pas. Des vésicatoires sont appliqués sur la poitrine sans produire aucun bien. — Il revient en ville et je suis appelé. L'aspect général est assez bon, la toux est rare, la fièvre peu intense, l'appétit ordinaire. L'auscultation n'indique aucun râle, seulement une respiration éloignée. La percussion donne un son mat presque dans toute la région pulmonaire, mais d'une matité profonde comme si on avait percuté l'épaule ou la cuisse. Je n'hésitai pas à admettre que les poumons étaient envahis de tubercules. Sa mort survint bientôt, et l'autopsie confirma complètement ce diagnostic. Les poumons avaient été envahis par une poussée tuberculeuse confluente. La face était toute maculée des traces anciennes de l'acné.

Il est un autre fait, que vous ne devez pas perdre de vue : la phthisie est quelquefois latente, non pas seulement en ce sens que tous les signes physiques font défaut, mais parce que jusqu'au moment de la mort, la maladie ne s'est révélée par aucun des symptômes caractéristiques.

Un jeune homme a des crises d'épilepsie fréquentes. Deux fois chaque année la maladie présentait de violentes exacerbations, la crise revient deux fois par jour suivie de délire furieux. — La respiration était régulière, et il n'existait aucun symptôme d'affection pulmonaire.— Pendant les derniers mois de sa vie, les crises furent moins fréquentes. Il fut pris d'ictère et succomba à une diarrhée incoercible.— Autopsie : un ulcère très étendu à l'iléon. — Le poumon gauche transformé par des tubercules en une masse solide, le poumon droit dans le même état à son tiers supérieur. Il existait aussi quelques petites cavernes.

Autre observation : Un homme sans fièvre, respiration naturelle. Diagnostic : fièvre nerveuse, la diarrhée survient quatre jours avant la mort. — Les deux poumons farcis de tubercules.

L'auteur irlandais cite d'autres exemples de cas avec absence de signes du côté de la poitrine (1).

(*A suivre*).



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

—

Traitement des convulsions puerpérales par la diaphorèse.— Le Dr Carl Breus a adopté une méthode qui consiste à placer d'abord la patiente dans un bain chaud à 38° dont on élève la température autant que cela peut se faire sans inconvénient. Après ce bain, qui doit durer une demi-heure, on enveloppe la malade dans un drap, par-dessus lequel on enroule plusieurs couvertures épaisses et on laisse la patiente empaquetée ainsi pendant deux à trois heures. Pendant le bain, une sueur profuse couvre habituellement les parties en dehors de l'eau, c'est-à-dire la tête et la face, et lorsque la malade est bien entortillée de couvertures, une sudation abondante se fait sur tout le corps, et si la soif se fait sentir on peut donner un peu d'eau de Seltz ou de limonade. Après cette séance, survient un sommeil de quelques heures suivi d'un bien-être très sensible. L'auteur rapporte six cas traités de cette manière. Dans le premier l'éclampsie se manifesta au neuvième mois de la grossesse, les attaques cessèrent au bout de dix jours, et la mère accoucha d'un enfant vivant quatre semaines après. Dans le second cas, les convulsions apparurent au sixième mois et cessèrent au bout de onze jours; la patiente accoucha d'un enfant vivant, six semaines après. L'auteur a constaté que ce traitement diminuait l'hydropisie et l'albuminerie. Il ne le considère pas comme le traitement unique de l'éclampsie, mais simplement comme un moyen utile qui peut être combiné avec d'autres. (*Archiv für gynaekologie*).

Paul Rodet.

Du traitement du cancer utérin.—Le Dr Gallard établit que le cancer de l'utérus doit, comme celui de toutes les au-

(1) Note extraite de Graves (*Clinique médicale de Dublin*).

tres parties du corps, qui sont accessibles à l'action chirurgicale, et avec les mêmes chances de réussite, être traité par l'ablation de la partie malade.

L'application de l'anse galvano-caustique toutes les fois qu'elle est possible est de beaucoup la meilleure manière de pratiquer cette ablation. Elle permet d'obtenir une guérison définitive et durable quand elle est faite dans des conditions telles que toute la partie malade soit enlevée.

Elle est utile même lorsque la section ne dépasse pas com plètement toutes les parties envahies,— soit qu'elle permette d'arriver à des améliorations longtemps persistantes et même à une guérison complète lorsqu'il est possible de détruire par des cautérisations ultérieures la portion du produit morbide qui n'a pas été enlevée, soit que dans des cas plus défavorables encore elle ne serve qu'à ralentir la marche envahissante du cancer et ne produise qu'une amélioration tout à fait passagère. Elle soulage alors au moins momentanément la malade en supprimant pendant un certain temps les hémorrhagies et les autres sécrétions pathalogiques qui l'épuisent. (*Annales de gynécologie*, août 1884, page 82.)

Paul Rodet.

Grossesse prolongée.— Le Dr Chamberlain rapporte un cas où la grossesse a duré trois cents jours à dater de la fin de la dernière menstruation.

Le Dr Nicole raconte le cas d'une femme qui resta enceinte trois cent sept jours après un seul coït subi quinze jours après les règles. Elle accoucha trois cent vingt-deux jours après ses règles d'un fœtus petit et aveugle, mais normal d'autre part qui ne vécut que peu de mois. (*Société obstétricale de New-York*, séance du 1er mai 1883.)

P. R.

Des cataractes héréditaires et de leur transmission. Le Dr Carreras-Arago, dont les travaux en ophtalmologie font autorité en France comme en Espagne, vient d'étudier la question des cataractes héréditaires en particulier au point de vue de leur transmission par les parents aux enfants de même sexe qu'eux. Après avoir suivi d'une façon détaillée l'appa-

rition de la cataracte dans plusieurs familles dont il nous donne la généalogie, il arrive à mettre hors de doute l'hérédité de cette affection en insistant sur cette particularité que celui à qui elle est transmise en porte en lui-même la prédisposition, car dès la première enfance on ne note la plupart du temps rien de particulier dans le cristallin ; mais plus tard la vue s'affaiblit et enfin apparait la cataracte soit dans l'âge adulte soit plus tard. En général, elle se montre au même âge chez le descendant que chez l'ascendant; cependant, des observateurs ont fait remarquer qu'à mesure que les générations se succédaient, la cataracte apparaissait à un âge moins avancé, de sorte qu'à un moment donné elle arrive à être congénitale.

La cataracte héréditaire ne se présente pas toujours sous la même forme. Celle-ci varie avec l'âge du patient : demi-dure ou dure si l'individu est dans un âge avancé, molle de 20 à 40 ans, liquide dans la jeunesse, enfin capsulaire ou zonulaire quand elle est congénitale.

Quant aux succès que l'on obtient dans l'opération des cataractes héréditaires, ils dépendent uniquement des complications qui peuvent survenir. La plupart du temps, les cataractes héréditaires congénitales sont accompagnées de troubles de la rétine et de la choroïde avec xystagmus, ce qui oblige souvent à opérer sous le chloroforme et en même temps à réserver son pronostic au sujet du résultat final, car souvent l'opéré conserve une vue faible. Quant aux cataractes héréditaires qui apparaissent dans la jeunesse ou l'âge mûr, comme elles ne s'accompagnent pas d'habitude d'altération des membranes internes de l'œil, l'opération est en général suivie d'un succès complet.

Enfin, ce qui est digne d'attention et ce qui montre le grand esprit d'observation de l'auteur, c'est la loi d'hérédité qu'il a su établir en montrant, d'après une étude attentive de la généalogie de différentes familles, que si dans une famille l'individu qui avait été atteint le premier de cataracte transmettait cette ection à ses descendants, c'était toujours à ceux de même :e que lui, tandis que ceux de sexe différent en étaient empts.

Il n'est pas nécessaire d'insister pour faire voir combien cette luction est intéressante non seulement au point de vue de

la question spéciale de la transmission des cataractes, mais aussi au point de vue de la grande question de l'hérédité en général. (*Monographie*, publiée à Barcelone, 1884.)

Paul RODET.

Spermatorrhée et impuissance de cause morale. — Le Dr JOSE ARMANGUÉ, de Barcelone, dans un travail très étudié sur cette question, arrive aux conclusions suivantes :

1° La spermatorrhée et l'impuissance peuvent reconnaître pour cause un dérangement des facultés intellectuelles.

2° Dans ce cas le traitement doit s'adresser surtout à l'état moral de l'individu.

3° Tous les médicaments seront inutiles, à moins que l'on n'arrive à convaincre le malade que leur administration sera suivie de la guérison de la maladie.

4° Dans le traitement moral, on devra tenir compte du niveau intellectuel du patient, du degré de son éducation, de ses préoccupations et de l'idée qu'il se fait de sa maladie.

5° Ces affections sont très communes, très pénibles et durent souvent très longtemps.

6° Elles sont souvent aggravées et même produites par la lecture des ouvrages traitant des maladies des organes génitaux publiés par l'ancienne école française.

7° On arrive souvent à guérir les malades en leur mettant entre les mains des ouvrages sur le même sujet écrits par les auteurs modernes, après en avoir préalablement fait un choix sérieux. (*Revista frenopatica*, t. I, pages 128 et 125.)

Paul RODET.

Nouvelle méthode de traitement de l'hémorrhagie post-puerpérale. Le Dr RICHARD RICHARDSON emploie avec succès depuis vingt ans l'alun de fer en cristaux de la grosseur d'une noisette qu'il introduit avec le doigt jusqu'au-dessus de l'orifice interne et qu'il maintient dans cette position. Sous l'influence de ce corps, l'utérus se contracte tout d'un coup, il se forme un caillot solide et l'hémorrhagie cesse. Outre son action hémostatique, l'alun de fer jouit de propriétés antiseptiques, à ce point que l'auteur a retiré des caillots au

bout de quatre à cinq jours, sans que ceux-ci aient manifesté la moindre décomposition.

Avant d'introduire les cristaux d'alun de fer, il faut tout d'abord enlever de l'utérus les caillots ou les portions de placenta qu'il peut contenir.

Si l'on examine comparativement les différents moyens hémostatiques employés d'habitude, tels que : tampon, compression, friction, galvanisme ou électricité, glace, injection d'eau chaude ou froide, application d'eau froide à la vulve, douche froide sur l'abdomen, compression de l'aorte, injection de perchlorure de fer, on voit que certains demandent un appareil spécial que l'on ne trouve pas toujours sous la main, et qu'en outre ils demandent un certain temps pour leur préparation et leur emploi. De plus, il est toujours dangereux d'injecter un liquide styptique au niveau des orifices béants des vaisseaux utérins ; de même des applications froides peuvent être dangereuses, le corps étant toujours trop froid.

L'alun de fer, au contraire, ne demande pas d'appareil spécial et on l'a sous la main tout prêt à être employé ; il provoquera la contraction immédiate de l'utérus, ce qui est le but et l'objet principal du traitement. Il n'est pas toujours nécessaire de l'introduire dans l'utérus, on peut se borner à le faire pénétrer dans le vagin jusqu'à l'orifice du col et le laisser en place.

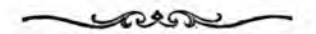
L'auteur a constaté que les cristaux faits avec l'ammoniaque étaient préférables à ceux préparés avec la potasse.

Le mode d'application est très simple : il suffit d'attacher les cristaux dans un morceau de mousseline, on laisse pendre l'extrémité des fils en dehors, afin d'avoir toute facilité pour les retirer le lendemain. Il sera bon de ne pas faire d'exploration digitale aussitôt après l'application des cristaux, car la contraction des tissus causerait inévitablement une grande douleur à la patiente. Il sera préférable d'attendre un ou deux jours et de ne procéder au toucher qu'après avoir fait une injection d'eau chaude destinée à enlever les caillots.

L'alun de fer peut s'employer également et avec autant de succès dans d'autres cas. L'auteur l'a appliqué dans quatre cas de cancer utérin où l'hémorrhagie était abondante et a obtenu un arrêt immédiat du sang. De plus, son action antiseptique a été très appréciée des malades.

La leucorrhée est également combattue avantageusement avec cet agent. (*British médical journal*, 25 septembre 1884.)

Paul Rodet.



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse des maladies, par le Dr Poucel, chirurgien des hôpitaux de Marseille, in-8° de 121 pages. Paris, 1884 (Delahaye et Lecrosnier, éditeurs).

Sous ce titre, qui n'a assurément rien de révolutionnaire, le Dr Poucel a publié un mémoire qui ne manquera pas — s'il est répandu autant qu'il le mérite — de soulever de nombreuses discussions. Bien que le sujet paraisse en effet assez limité, grâce aux recherches personnelles de l'auteur, qui a considérablement agrandi la sphère d'action de la congestion hépatique, il se trouve très étendu et embrasse des états pathologiques qu'on est peu habitué à considérer en connexion avec le foie.

« La veine porte, a dit Stahl, est la partie par laquelle entrent les cardialgies, les affections spléniques, l'hypochondrie, la colique, l'hystérie et les hémorrhoïdes ». C'est cette opinion de Stahl, ajoute l'auteur, que nous voulons nous efforcer de maintenir contre la médecine mécanique et anatomo-pathologique.

Après quelques considérations sur la pathogénie de la congestion hépatique, M. Poucel étudie les troubles mécaniques qui en résultent (phénomènes de compression et de déplacement des organes voisins, poumons, cœur, intestin, veine cave, avec leurs diverses conséquences), puis les troubles sympathiques ou réflexes, les troubles trophiques et enfin termine par le traitement.

On reprochera peut-être à l'auteur d'avoir attribué une origine hépatique à maints états pathologiques que, généralement, on ne rattache pas à pareille cause ; mais, quelque discutables que soient certaines vues de l'auteur, nous croyons qu'il a par-

faitement raison de prétendre que les troubles hépatiques sont très souvent méconnus et que, mieux étudiés, ils donneront la clef d'une foule de symptômes et même d'affections dont on chercherait vainement l'explication ailleurs.

Il nous serait facile d'indiquer dans ce remarquable travail quantité de points qui commandent particulièrement l'attention soit par la façon plus approfondie dont ils ont été traités, soit par les vues nouvelles dont l'auteur les a éclairés. Signalons, en passant, ce qu'il dit à propos des phénomènes douloureux, parce que nous ne le croyons pas assez connu et que nous en avons très fréquemment vérifié l'exactitude. « Les douleurs de la lithiase biliaire offrent ceci de particulier : c'est d'être, on pourrait presque dire, rarement perçues dans les voies biliaires et de provoquer plus souvent de la gastro-entéralgie,..... », etc.

Une petite critique à propos de la lithiase biliaire. Il nous a semblé que l'auteur n'avait pas suffisamment séparé ce qui appartient à la congestion de ce qui est le fait de la lithiase. Ces deux états coexistent fréquemment sans doute, mais pas constamment ; et puis ils ont chacun leur individualité propre et leur domaine pathologique. Or, bien que le mémoire de M. Poucel paraisse, d'après le titre, consacré à la congestion, en réalité il y est autant question de l'affection calculeuse que de la congestion proprement dite au point que ces deux termes ont parfois l'air d'être pris l'un pour l'autre. Nous sommes loin d'ailleurs de nous plaindre de cette particularité qui nous vaut sur la cholélithiase et notamment sur le sable biliaire des aperçus tout à fait nouveaux.

Nous n'osons pénétrer dans les détails de ce travail, car il est tellement touffu, tellement nourri de faits et d'idées et tellement *suggestif*, comme disent les Anglais, que ce n'est plus une notice bibliographique que nous serions tenté d'écrire, mais un vrai mémoire. Nous nous contenterons donc d'en recommander vivement la lecture, parce que nous sommes convaincu qu'on en retirera grand profit, et que bien des cas de la pratique courante qui ont pu paraître obscurs en seront nettement éclaircis, tandis que d'autres en recevront une interprétation plus rationnelle.

J. C.



FORMULAIRE

—

Ethérodine, liqueur d'éther
(Dannecy).

Ce savant praticien a constaté que le sirop d'éther du Codex ne renferme qu'une faible proportion de principe actif; il propose le mélange suivant :

Alcoolat légèrement aromatique (menthe, anis, ou autres) à 80° cent.................. 400 gr.
Sirop de sucre préparé par simple solution à froid.. 500 —
Ether sulfurique absolument pur.............. Q. S.

les trois liquides sont introduits successivement dans un flacon à sirop d'éther, et le tout est agité avec soin.

Après quelques heures de repos l'opération est terminée, et le liquide, parfaitement limpide, est mis en flacons et conservé pour l'usage.

Ce mélange constitue une liqueur très agréable et riche en éther.

—

Emploi de la caféine.

M. Tauret a proposé une combinaison parfaitement stable de caféine avec le salicylate ou Benzoate de soude; la première contient 48.8 p. 100 de caféine, la seconde 61 p. 100.

Benzoate de soude......	2 gr.	95
Caféine................	2 —	50
Eau distillée..........	6 —	

pour 10 centimètres cubes.

Chaque centimètre cube de cette solution renferme 25 centigr. de caféine.

La seconde formule est la suivante :

Salicylate de soude.....	3 gr. 10
Caféine.................	4 — 00
Eau distillée...........	6 — 00

ou suffisante quantité pour 10 centimètres cube.

Faire la dissolution à chaud; chaque centimètre cube contient 40 centigrammes de caféine.

Stanislas Martin.

—

De l'acide salicylique contre le chancre mou
(Hebra, de Vienne).

Ce praticien conseille de nettoyer bien soigneusement la verge avec de l'eau tiède et pour faire disparaître les croûtelettes, les parcelles de pus concret, il se sert pour cela d'huile et d'esprit de savon ; avoir soin qu'il ne reste aucune substance métallique. Sur la verge ainsi detergée et séchée, on applique l'acide salicylique de manière à recouvrir seulement le chancre et une même zone immédiatement voisine; il faut, en effet, tâcher de préserver la peau saine de toute irritation capable de favoriser les auto-inoculations. On maintient en place la poudre salicylée au moyen d'une mince couche de ouate, et on fixe le tout par un mince anneau d'emplâtre adhé-

sif. Si la suppuration n'est pas très abondante, il suffit de renouveler le pansement une fois toutes les vingt-quatre heures ; dans le cas contraire, on fera un pansement matin et soir, en ayant soin de laver chaque fois les plaies avec attention.

Dès la fin du premier jour, on peut remarquer que l'ulcération se recouvre d'une escharre blanchâtre, tandis que les parties les plus voisines sont un peu plus rouges. Dès le troisième jour, l'escharre est assez puissante pour guérir, bien qu'elle soit suffisante pour perforer ; dès lors, on cesse l'application de la poudre, qu'on remplace par de la crème céleste ou de l'axonge étendue sur une bandelette de toile; habituellement l'escharre tombe après une demi-journée et laisse à sa place une plaie simple dépourvue de virulence qui ne prend pas plus de deux ou trois jours pour se réparer complètement.

Cette méthode thérapeutique agit promptement, sans causer de douleur.

VARIÉTÉS

Le docteur Chéron, médecin de St-Lazare, reprendra ses leçons cliniques le lundi 3 novembre 1884, à 1 heure et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

— Nous avons reçu trop tard malheureusement pour la publier dans notre dernier numéro l'annonce suivante :

Ecole dentaire de Paris. directeur M. le docteur Ch. David, année scolaire 1884-1885. La cinquième séance annuelle d'inauguration des cours et la distribution des récompenses auront lieu le jeudi 30 octobre, à huit heures du soir, dans le local de l'école, 23, rue Richer, sous la présidence de M. Paul Bert. MM. les médecins, les étudiants en médecine et les pharmaciens sont invités à assister à cette séance.

La réouverture des cours aura lieu le lundi 3 novembre.

Le Choléra. — Le *Journal officiel* publie le tableau des décès cholériques survenus en France et en Algérie du 18 au 24 octobre inclusivement.

Voici le résumé de ce tableau :

En France. — Nombre de communes atteintes du 11 au 17 octobre, 16 ; du 18 au 24 octobre, déjà atteintes 6, nouvellement atteintes 3, total 9, diminution 7.

Nombre de décès signalés du 11 au 17 octobre, 31, du 18 au 24 octobre 19, diminution 12.

En Algérie. — Nombre de décès signalés du 11 au 17 octobre 52, du 18 au 24 octobre 45, diminution 7.

Les communes atteintes appartiennent aux départements suivants : les Bouches-du-Rhône, le Gard, les Pyrénées-Orientales, la Seine, Seine-Inférieure, le Var et Oran.

Association générale des étudiants des Facultés et Écoles supérieures de Paris. — L'Association générale des étudiants de Paris qui s'est fondée cette année avec l'approbation de M. le ministre de l'instruction publique et de MM. les doyens des Facultés de Paris, vient d'établir son siège social, 41, rue des Écoles.

Nous rappelons par un extrait des statuts, que le but de cette Société est de resserrer les liens de solidarité et d'établir un centre de relations amicales entre tous ses membres. Elle réunit les étudiants dans l'intérêt de leurs études et pour la recherche des moyens de les perfectionner. Elle leur permet de s'entr'aider dans les difficultés matérielles de la vie.

Le montant de la cotisation est de 12 francs par an.

Le Comité

S'adresser à M. Eugène Boureau, président du Comité, 15, rue Linné, à Paris.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort subite du docteur Guilland père (d'Aix-les-Bains). Le *Lyon médical* consacre à ce digne confrère un article dont nous détachons quelques lignes.

C'est un conseiller, un guide, un représentant autorisé et acclamé qui sont ravis à notre universelle et profonde sympathie. Le rare assemblage de ses qualités d'esprit et de cœur lui avait fait parmi nous, dans l'histoire de nos investigations, de nos luttes, de nos progrès, une place qui restera longtemps vide. La publication des œuvres de Trésal, ses judicieux travaux sur les thermes de la région, l'histoire, pour lui si honorable, de l'*inspectorat collectif*, la prospérité de l'Association médicale resteront le témoignage de ses labeurs, de ses sacrifices, disons aussi du succès qui, dans l'opinion du moins, ne manqua à aucune des causes qu'il avait embrassées.

Nul ne portait plus haut les soucis de la dignité médicale, nul ne lutta, ne se compromit avec une plus sereine obstination pour la moralité et les intérêts professionnels. Et c'était, à l'occasion, un rude jouteur que ce parfait honnête homme, son honneteté même lui suggérant et l'argument et l'expression qu'eût vainement cherchés le dialecticien consommé, le polémiste retors.

Guilland, nous le savons, ne disparaît pas tout entier ; son nom sera dignement porté, ses traditions, ses principes pieusement suivis ; l'attrait qui rayonnait de toute sa personne, nous en retrouverons encore le vivant reflet.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 *octobre* 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

Le choléra. — M. Jules Guérin. Depuis quelques semaines, plusieurs cas de choléra, 15 ou 20, ont été observés dans

les environs de Paris. Il serait à désirer que l'Académie de médecine eût des renseignements exacts sur ce point.

M. Dujardin-Beaumetz. En effet, il y a eu à Aubervilliers et à Saint-Ouen une vingtaine de cas de choléra. Aujourd'hui, cette épidémie est complètement éteinte. Nous n'avons pas pensé que, vu l'impressionnabilité excessive de la population parisienne, il y eût utilité à faire publiquement une enquête sur ce point. Dans quinze jours, si M. Jules Guérin le désire, nous pourrons lui donner tous les renseignements nécessaires.

Les eaux de Versailles. — M. L. Le Fort. Versailles reçoit des eaux de Seine, amenées par la machine de Marly, les eaux des étangs de Saint-Hubert et quelques eaux de source. Ces eaux sont mélangées on ne voit donc pas dans les eaux la cause de l'immunité de Versailles pour le choléra.

Les puits existant dans beaucoup de propriétés ne servent pas à l'alimentation ; leur eau est en effet boueuse, ces puits provenant de vieux étangs actuellement comblés.

Sur la pollution des eaux potables distribuées à Paris. — M. Brouardel a été chargé, avec MM. Bouley et Rochard, de rechercher les moyens de remédier à la pollution des eaux distribuées à Paris. Une décision ministérielle du 24 juillet 1875, visant l'ordonnance royale de 1773 qui interdisait de jeter dans les rivières les matières pouvant les polluer, disait que cette ordonnance devait être respectée en principe, mais les nécessités de l'industrie ont fait tomber ces prescriptions en désuétude.

Le danger résultant de la nature de la pollution n'est pas spécifié. Il appartient à l'Académie de dire que dans tous les cas l'eau potable ne doit pas avoir été en contact avec des matières fécales ni dans les rivières ni dans les puits. C'est là, en effet, la cause de contamination la plus puissante.

La commission propose à l'Académie de voter les deux conclusions suivantes :

1° L'eau qui sert à l'alimentation doit être exempte de toute souillure, qu'elle qu'en soit la provenance ;

2° La contamination de l'eau par les matières fécales humaines est particulièrement dangereuse. Toute projection de cette nature dans les eaux de sources, des rivières, des puits doit être absolument et immédiatement interdite.

M. Gautier. — En votant que l'on ne doit boire que des eaux absolument exemptes de souillures, nous demanderons une chose à peu près impossible. Si vous demandez qu'il ne tombe dans les rivières françaises aucune souillure, vous demandez une chose impossible.

Au contraire, M. Gautier serait beaucoup plus sévère que la commission à propos de la seconde conclusion et demanderait que l'on défendit de jeter dans les rivières non seulement les matières fécales, mais toutes les matières fermentescibles. Ainsi les matières qui sortent des usines de Billancourt ne sont pas des matières fécales et cependant ce sont encore des matières nuisibles et fermentescibles.

M. Léon Le Fort. Toutes les fois que nous parlons du tout à l'égout, on nous dit : c'est une question à voir ; il faut bien savoir que c'est une question résolue. C'est là une question absolument d'actualité. Une grande quantité de maisons à Paris déversent directement dans les égouts, et de là dans la Seine, des matières fécales qui n'ont pas été décomposées.

M. Brouardel se joint à M. Léon Le Fort pour demander à l'Académie que la question du tout à l'égout soit discutée dans toute sa plénitude. Jusqu'à ce que la question soit résolue, il n'est pas admissible qu'on envoie directement dans la Seine des matières fécales.

M. Béclard rappelle que ces discussions sont actuellement à l'ordre du jour des séances du Conseil municipal. Le préfet de la Seine a fait distribuer un mémoire dans lequel il montre l'infection des eaux de la Seine. Nous sommes donc tous d'accord.

Les conclusions du rapport sont adoptées à l'unanimité sauf deux voix, celles de MM. Gautier et Méhu.

Adresse au peuple danois. — M. B. Ball, au nom de la commission dont il faisait partie avec MM. Verneuil et Trélat, lit un projet d'adresse qui doit être envoyée au professeur Panum, président du congrès international des sciences médicales. Dans cette adresse, l'Académie remercie le roi de Danemark et le peuple danois de l'accueil que les médecins français ont reçu à Copenhague et leur témoigne sa sympathie à propos de l'incendie du château de Christiansborg.

M. Giraud-Teulon donne lecture d'une **Note sur la**

physiologie de la locomotion. Étude rétrospective de la théorie mécanique du vol de l'oiseau.

Contribution à l'étude étiologique du choléra. M. GIBIER, envoyé en mission dans le Var avec M. Bérillon, est resté deux mois dans le département du Var, et a pu rechercher les causes du choléra. Il expose le mode d'invasion dans différentes communes de l'arrondissement de Brignoles. (Renvoyé à la commission du choléra.)

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 octobre 1884. — Présidence de M. M. SÉE.

Opération d'Estlander. — M. CHAUVEL relate deux observations d'opération d'Estlander, répétée deux fois sur chaque sujet et suivies d'un insuccès thérapeutique.

M. BOUILLY fait part de son expérience de l'opération d'Estlander qu'il a pratiquée sept fois. Après avoir rapporté brièvement ces observations, il indique que les causes de l'insuccès et du succès sont multiples.

Mettant de côté les tuberculeux, il semble qu'on ne doive mettre en ligne de compte que l'étendue de la résection costale.

Si cette résection est trop peu étendue, il reste un sinus qui ne peut être facilement comblé.

Ce sinus est impossible à combler dans les cas où il est au niveau de la première côte.

Aussi faut-il explorer avec soin la cavité et marquer sur la peau les points où correspond l'extrémité de la sonde exploratrice, qui doit être de préférence métallique ; une sonde Béniqué convient très bien. Cet examen peut être plus complet après qu'on a extrait deux côtes.

Une autre cause est l'épaississement et l'état scléreux de la plèvre qui suppure peu, mais a plus de vitalité. Au point de vue de l'état général, c'est une condition favorable, mais dans ce cas l'opération d'Estlander est insuffisante ; elle ne doit être qu'une opération préliminaire, il faut la faire suivre de l'excision de la plèvre pariétale. Je l'ai fait dans un cas semblable, avec plein succès.

M. VERNEUIL dit qu'il ne ferait pas cette opération sur des

sujets tuberculeux, ni sur des sujets âgés. Le sujet le plus âgé qu'a opéré M. Bouilly n'a pas plus de 31 ans.

La question de diagnostic est très importante. L'exploration avec les instruments rigides ou flexibles est trompeuse. La valeur des injections mensuratrices est trompeuse aussi, mais beaucoup moins. La question de capacité mérite le premier plan et indique le choix du procédé. En effet, quand il s'agit de cavités de petites dimensions, il faut faire non l'opération d'Estlander, mais le débridement de la fistule.

Il semblerait que dès qu'une fistule pleurale est établie depuis longtemps, il faut faire l'opération d'Estlander. Or, il n'en est pas ainsi, car les opérations ne sont pas si bénignes qu'on pourrait croire : un chirurgien de Buda-Pesth a eu 3 morts sur 5, et M. Bouilly a cité un cas de mort de sa pratique. Dans les cas où on pourrait se contenter d'une simple résection d'une côte, on fait souvent l'opération d'Estlander, ce qui est un tort à mon sens.

Il y a des cas où l'opération d'Estlander est absolument insuffisante, c'est quand la plèvre est tapissée de fausses membranes très épaisses et ayant peu de tendance à bourgeonner.

Dans le cas où la cavité ne mesurait que 7 à 8 cent. de côté et qui a été cité par M. Bouilly, j'aurais fait l'ouverture et l'excision de la plèvre, plutôt que l'opération d'Estlander.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE.

Séance du 25 *juin* 1884. — Présidence de M. E. MICHEL.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu, mis aux voix et adopté.

M. le président annonce la mort du Dr Frenoy. La Société le charge de se faire l'interprète auprès de la famille du Dr Frenoy des sentiments d'unanimes regrets que cette perte fait éprouver à toute la Société.

La correspondance écrite contient une lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique invitant la Société à préparer le texte

des questions que la Société jugerait digne de figurer à l'ordre du jour du prochain congrès des Sociétés savantes en 1885.

La correspondance imprimée contient une étude sur l'*autonomasie et l'aphasie* de M. le Dr Bourdin.

Une étude intitulée : *le Tabac et les Prisonniers*, un mémoire sur le *Tabac et ses dangers* ; une étude médico-psychologique intitulée : *Les enfants menteurs*, toutes quatre offertes en hommage à la Société par leur auteur M. le Dr Bourdin ; — quatre numéros de la *Revue Médicale*, un numéro du *Bulletin Médical du Nord*, deux numéros de la *Revue Médicale d'hydrologie et de climatologie*.

M. le Dr Tripet lit le rapport de M. Cyr, sur la candidature de M. le Dr Gilson ; ce rapport conclut à l'admission.

M. Paulin a la parole pour la lecture de son rapport sur la candidature de M. le Dr Percepied, rapport qui conclut à l'admission.

M. Julliard fait son rapport sur la candidature de M. Vigier et conclut également à l'admission.

M. le Président souhaite la bienvenue à M. le Dr Barette.

Traitement du choléra. M. Bourdin. — L'auteur, qui a assisté aux trois dernières épidémies de choléra a fondé sa méthode sur cette donnée d'observations que dans tous les cas de choléra sérieux, excepté cependant en cas de choléra asphyxique, les malades guérissaient toujours plus ou moins spontanément lorsque la bile apparaissait dans la matière des vomisements ou dans les évacuations par les voies inférieures. Dès lors au lieu de suivre la méthode ordinaire et s'efforcer de combattre le vomissement et la diarrhée, il chercha au contraire à les favoriser jusqu'à ce que la bile reparaisse dans les matières rendues.

La méthode consiste donc à faire vomir et purger les malades jusqu'à l'apparition de la bile dans les vomissements et dans les selles. On suspend alors immédiatement le traitement. On donne les toniques s'il y a lieu, et l'on s'efforce de remplir les différentes indications qui peuvent se présenter.

L'auteur préfère l'ipécuanha à l'émétique. Celui-là est un dépresseur des forces, il pousse à la transpiration et ces sueurs sont glacées ; l'ipéca, au contraire, donne des sueurs chaudes.

Pour le purgatif à employer, c'est les alcalins ou bien le calomel. Quand la bile apparaît dans les évacuations, il faut donner les toniques.

La réaction chez les malades traités par cette méthode est douce. Les résultats obtenus par l'auteur dans les trois dernières épidémies sont réellement merveilleux. La méthode n'échoue que dans la période asphyxique. Le traitement est alors complètement impuissant.

M. Julliard rappelle que dans l'épidémie de 1849 la cyanose était un symptôme fréquent.

M. Groussin dit que la morphine, en diminuant la douleur des crampes, peut rendre quelques services, comme il l'a expérimenté sur lui-même lorsqu'il a eu le choléra.

M. Deniau rappelle que dernièrement, se fondant sur l'absence de bile dans les excrétions et les vomissements, le Dr Cumberland Taylor de Londres a suggéré l'idée d'injecter du taurocholate de soude dans les veines sous forme de solution très diluée. Cette méthode qui n'a pas encore reçu la consécration de l'expérience va à l'encontre de celle de M. Bourdin et se trouve condamnée d'avance si les résultats annoncés par la méthode de M. Bourdin se confirment. Toutefois, le Dr Cumberland Taylor s'appuie d'une part sur l'état de fluidité du sang chez les ictériques et d'autre part sur l'état caillebotté de ce sang attribuable, selon lui, à l'absence de bile chez les cholériques. Il est donc possible que les cholériques chez lesquels les cholagogues et les vomitifs peuvent encore solliciter la production de la bile soient précisément des malades qui ne se trouvent pas dans les conditions réalisées par le choléra mortel ou asphyxique au point de vue des fonctions hépatiques, ce qui expliquerait les succès de la méthode du Dr Bourdin.

M. Prat rappelle combien l'otorrhée est souvent difficile à guérir; cependant, dans un cas d'otorrhée datant de plus de 10 ans, il vient de guérir son malade en quelques jours par des injections de liqueur alcoolique de goudron diluée suivies de pulvérisation d'acide borique en poudre dans le conduit auditif externe.

M. Michel demande quel était l'état de la cause ; il croit que le goudron a une action très efficace sur l'eczéma du conduit auditif externe.

M. Groussin dit que la cure est trop rapide, qu'il y a lieu alors de craindre les effets de la répercussion.

M. Prat dit que les accidents de la répercussion ne se produisent pas fatalement.

Dans le cas précité le service rendu au malade a été des plus notables.

M. Bourdin dit que s'il est dangereux de supprimer un accident, manifestation naturelle d'une diathèse donnée, il n'en est pas de même pour un accidentartificiellement produit comme un cautère, un vésicatoire, etc.

M. Michel pense qu'au contraire dans la plupart des cas il est tout aussi dangereux de supprimer un exutoire artificiel qu'un accident naturel de la diathèse, c'est ainsi qu'il cite le cas d'un malade atteint d'accès d'angine de poitrine. A la suite d'émotions vives son malade fut pris d'accès nocturnes angineux très intenses et de plus en plus menaçants.

Le malade avait été autrefois porteur d'un eczéma dont la suppression coïncidait avec la première apparition des accès d'angine de poitrine. Divers traitements n'ayant donné aucun résultat, M. Michel recourut alors à la vieille méthode des cautères permanents que le malade conserve encore. Peu de temps après, les accès disparurent et n'ont plus été ressentis depuis, il y a de cela plusieurs années.

M. Groussin croit à la puissance des exutoires. Chez les phthisiques qui ne bénéficient d'aucun traitement il met des cautères.

M. Michel fait des pointes de feu au sommet de la poitrine, ce qui est plus commode et plus propre. La meilleure preuve de l'excellence de cette méthode, c'est que certains phthisiques s'en trouvent assez soulagés pour s'y soumettre et venir réclamer leurs pointes de feu comme les ataxiques.

M. Tripet pense que les jeunes filles ne les supportent pas aussi bien; elles se refusent souvent à ce mode de traitement alors même que leur coquetterie n'est pas en jeu.

Il est procédé au vote sur les candidatures de MM. Gilson, Percepieds et Figier qui sont reçus à la majorité absolue des uffrages.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,
Lucien Deniau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU IXe ARRONDISSEMENT.

Séance du 12 *juin* 1884. — Présidence de M. Hervé de Lavaur.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu par M. Rey, secrétaire, et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Hervé de Lavaur* revient sur sa communication relativement au traitement préconisé par M. Delthil pour le croup. Il a employé ce mode de traitement chez les deux sœurs de son malade, qui ont été successivement prises d'angine couenneuse ; les fumigations ont paru diminuer les suffocations; les malades s'en trouvaient bien et les désiraient : l'une, gravement atteinte, a été guérie.

M. de Beauvais rappelle la discussion qui a eu lieu à ce sujet à la Société médicale des hôpitaux : il mentionne les succès qui ont été obtenus avec la pilocarpine, ce qui n'a pas empêché d'abandonner ce médicament ; il faut se méfier des séries heureuses.

M. Hervé de Lavaur dit qu'il a voulu se borner à indiquer les bons effets obtenus dans les derniers cas d'angine couenneuse qu'il a eu à soigner. S'il n'a pas constaté la dissociation des membranes, il a cependant noté une diminution de la dyspnée et une disparition plus rapide des fausses membranes.

M. de Beauvais signale la complication du muguet qui survient actuellement chez les malades et rapporte ensuite une observation très intéressante d'empoisonnement par la digitaline : un prisonnier de Mazas a absorbé d'un seul coup 50 gr. de digitaline : averti, j'ai administré un vomitif le samedi ; pendant 48 heures le malade n'éprouve rien; le lundi, contracture du biceps, paralysie des extenseurs de la main droite, pas de troubles intestinaux, ni de dilatation des pupilles. Le soir, allant à la promenade, des phénomènes de contracture et convulsifs se produisent; hypéresthésie du côté de la contracture ; pendant 15 jours ces phénomènes se sont maintenus.

M. Piogey demande si les matières vomies ont été analysées: il serait important de savoir si, au moment de l'empoisonnement, l'estomac était en état de vacuité ou de plénitude.

M. de Beauvais répond qu'il n'est pas facile de s'assurer de la présence de la digitaline dans les matières vomies : que,

quant aux phénomènes observés, ils varient suivant que l'on donne des doses massives ou progressives.

M. REY donne communication d'une observation de rétention du placenta avec résorption consécutive. Le 16 avril dernier, j'étais appelé, rue Taitbout, chez une jeune femme qui, à la suite d'une chute faite la veille, avait perdu une certaine quantité d'eau et avait expulsé peu après un fœtus long de 10 cent. environ, sans une goutte de sang, sans caillot ou membrane d'aucune sorte. Ainsi qu'on le sait, dans les premiers temps de la grossesse, alors que l'œuf est placenta partout, l'expulsion se fait en général d'un seul coup : l'œuf en totalité est chassé par l'utérus : plus tard il peut en être encore ainsi, mais d'ordinaire, le fœtus est expulsé d'abord, et le placenta ensuite dans un temps plus ou moins long.

C'était ici le cas : le fœtus étant sorti, il fallait attendre le décollement et l'expulsion du placenta que le toucher permettait de sentir dans l'utérus. La malade conserve le lit pendant deux jours ; pas une goutte de sang : vers le 3me, quelques taches sanguinolentes, mais pas de caillots ; les linges sont examinés avec le plus grand soin, ainsi que les garde-robes. Le cinquième jour quelques grumeaux et un petit débris de membrane. Dès lors plus de sang ; pas de douleurs, pas d'écoulement odorant. La malade s'étant levée et fatiguée dans la journée du deuxième jour, un léger suintement sanguin parait pendant deux jours et s'arrête par le repos au lit. Depuis ce moment, plus de sang. Le 7 mai, c'est-à-dire 21 jours après l'expulsion du fœtus, j'examine la malade au speculum ; le col est normal ; jusqu'à aujourd'hui, 12 juin, après deux mois, la malade n'a rien expulsé et n'a plus perdu de sang. Jamais le moindre écoulement odorant ou fétide : de simples injections vaginales de propreté sont faites suivant les habitudes de la malade. Il est donc permis de se demander si le placenta n'a pas été résorbé.

Dès 1609, suivant Jacquemier, Guillemeau signalait la possibilité de ce fait que le placenta peut être résorbé. En ce qui concerne la résorption *ou digestion uterine* d'un placenta (un œuf abortif, des observations paraissant authentiques ont ( ) publiées, de sorte que l'on peut en admettre la possiblité ; 'ec divers auteurs, avec Vogelé par exemple. — Le cas actuel] urrait se rattacher à cet ordre de faits.

M. Piogey demande si le retour des règles est venu.

M. Rey répond que non et qu'il se propose d'examiner ce qui se produira à ce moment.

M. Labarthe a eu un cas de rétention de placenta chez une femme à terme. Il a pu en enlever une partie, le reste ne pouvant être extrait ; des injections intra-utérines au sublimé ont été faites et tout s'est parfaitement terminé.

M. de Beauvais se souvient d'un accident qui lui arriva chez une femme à laquelle il pratiquait une injection intra-utérine : l'injection était à peine commencée que la femme eut une syncope.

M. Piogey ajoute qu'en effet les injections intra-utérines et même vaginales peuvent être dangereuses.— Chez une dame, à Enghien, il fut appelé à constater des phénomènes graves à la suite d'une injection froide : vomissements, douleurs excessives ; la malade garda le lit trois semaines,

M. Rey fait remarquer qu'il y a lieu de distinguer entre les injections intra-utérines pratiquées après l'accouchement, alors que la cavité utérine est spacieuse, et celles faites dans l'état non puerpéral : que du reste les plus grandes précautions doivent être prises dans tous les cas : il faut observer la force du jet de l'injection, car tout choc dans le cul-de-sac postérieur peut retentir sur le péritoine et amener les accidents d'arrêt du cœur, de syncope et autres qu'on a notés, sans cependant qu'il y ait passage de liquide par les trompes dans la cavité séreuse. L'étude des injections intra-utérines est complexe, et tout ce qu'on peut dire c'est que faites avec le soin nécessaire, elles rendent de grands services et paraissent sans danger.

M. Piogey (Emile) est nommé rapporteur de la candidature de M. Flechmann.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le Secrétaire général,
Dr Delefosse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN.

Séance du 11 *août* 1884. — Présidence de M. JUDE HUE.

(*Suite.*)

Notre quartier correctionnel est donc composé du rebut des colonies pénitentiaires, fait très important à noter, car la première pensée qui vient à l'esprit lorsqu'on se trouve en présence d'une sorte d'endémie, c'est d'en attribuer le développement à des conditions locales ; nous verrons ce qu'il faut penser de ces dernières ; mais il est hors de doute que les antécédents des sujets doivent jouer un rôle considérable dans l'espèce, et qu'il ne faudrait pas faire porter à notre quartier toute la responsabilité. Cette responsabilité ne me semble pas non plus devoir peser sur les autres établissements, nos scrofuleux ne venant pas d'un seul et même lieu, mais de neuf colonies différentes.

Si les antécédents des sujets atteints de scrofule sont des plus mauvais, ceux de leurs familles ne sont pas meilleurs ; là encore le dépouillement des dossiers m'a paru instructif :

..A, « Père et mère décédés il y a 7 ans »... B..., « Père en Prusse, mère à Brueil ».. C, « Père expulsé à la suite d'une condamnation pour vol, mère décédée »... D, « Père et mère séparés à l'amiable »... E. « Mère décédée ; père vit en concubinage », etc.

Ces extraits montrent que la plupart de ces jeunes gens, orphelins ou non, ont été de bonne heure abandonnés, livrés à eux-mêmes dans les pires conditions, ou ont eu sous les yeux de mauvais exemples, toutes circonstances assurément fâcheuses pour leur santé et leur développement physique et moral.

Si des documents certains me manquent pour apprécier l'état de la santé des parents, je ne cours, certes, pas beaucoup de risques de m'égarer en avançant l'hypothèse que bon nombre d'entre eux devaient être, au moment de la procréation, affaiblis par le vice, la maladie, la misère, es excès alcooliques et autres ; et tout le monde sait l'influence indéniable de cette débilitation, de cette tare constitutionnelle sur la production de la scrofule chez les descendants.

Dans de nombreux rapports sur le quartier correctionnel, j'ai ignalé avec insistance les habitudes vicieuses qui règnent dans ce uartier et qu'aucune mesure n'a réussi à extirper ; j'ai démontré a part considérable qui revient à l'onanisme dans la mortalité par uite de tuberculose ; cette démonstration s'applique tout aussi

bien à la scrofule, puisque, suivant l'expression du Dr Grancher, « le tuberculeux est souvent un scrofuleux *achevé* ».

Nos jeunes détenus trouvent donc en eux-mêmes, soit par leur propre fait, soit par transmission héréditaire, tous les éléments d'une prédisposition à la scrofule ; qu'une cause, même légère, surgisse dans ces conditions, ce sera le coup de fouet qui mettra la maladie en mouvement et en produira la détermination sur un point ou un autre de l'économie.

Causes extrinsèques. — Il était nécessaire de faire ressortir le rôle prédominant de cette prédisposition chez notre population de jeunes détenus, afin de n'être pas conduit à faire la part trop large aux causes déterminantes. Mais, ce point acquis, et ces réserves faites, l'étude des causes extrinsèques présentera un intérêt majeur, car il en peut découler des conséquences véritablement importantes au point de vue de la prophylaxie de la scrofule dans le quartier correctionnel, et surtout des mesures à prendre à l'égard de ceux qui en sont atteints.

Les conditions défectueuses de l'habitation, (encombrement, défaut d'aération et de soleil, froid humide) ; la malpropreté, l'alimentation insuffisante, ou de mauvaise qualité, sont considérées, non sans raison, comme causes efficaces des manifestations scrofuleuses ; ces conditions existent-elles dans notre quartier correctionnel ?

Pour répondre à cette question, je suis conduit à examiner successivement toutes les particularités de l'existence des jeunes détenus, qui, dans cet ordre d'idées, pourraient avoir une influence sur leur santé particulièrement au point de vue de la scrofule.

Emplacement de la prison. — La prison départementale de Rouen est située dans le faubourg St-Sever qui, anciennement, était un terrain marécageux ; mais depuis longtemps les travaux de voirie, la construction des égouts, la surélévation du sol, ont assaini ce quartier, et, dans ces dernières années, les énormes travaux exécutés dans le voisinage immédiat de la prison pour l'appropriation de ces terrains au chemin de fer d'Orléans, ont fait disparaître les derniers vestiges des marécages qui existaient entre la rue Benoit et la rue de la Grande-Chaussée (aujourd'hui rue Jean-Rondeaux).

Le sol même de la prison est sec ; le voisinage est assaini et les quelques doutes qu'on aurait pu émettre, il y a un certain nombre d'années, sur la salubrité de cet emplacement n'auraient plus actuellement de raison d'être. Seulement, je dois faire remarquer que la prison participe du climat généralement assez humide et

pluvieux de la ville de Rouen, conditions assurément peu favorables aux scrofuleux.

Quartier correctionnel. — *Dortoirs.* — L'aile affectée, dans l'établissement, au quartier correctionnel, est de toutes la mieux située ; dirigée vers le sud-ouest, elle reçoit les rayons du soleil de son lever à son coucher. Les dortoirs sont vastes, les lits convenablement espacés, le cube d'air très suffisant ; des fenêtres percées sur le mur extérieur et des demi-fenêtres, en regard, sur la galerie, toujours ouvertes pendant le jour, établissent ainsi un courant d'air et une ventilation parfaite ; aucune odeur désagréable n'y est perçue ; la propreté y est entretenue avec soin.

Il y a, il est vrai, dans les dortoirs, un système qui laisse à désirer : celui des tinettes ; les détenus satisfont leurs nécessités dans des baquets placés à l'extrémité de la pièce, et, avec l'insouciance ou la mauvaise volonté qu'on leur connaît, négligent le plus souvent de remettre le couvercle ; celui-ci, d'ailleurs, est loin de clore hermétiquement ; les exhalaisons s'échappant de ces vases durant toute la nuit, se répandent dans le dortoir et en vicient l'air. Depuis longtemps, frappé de ces inconvénients, j'avais cherché le remède à y apporter et j'ai dans mes notes divers projets de tinettes inodores que j'avais conçus, puis abandonnés, faute de les trouver suffisamment pratiques, eu égard à l'esprit de la population. Dans ces derniers temps, l'habile architecte en chef du département, M. Lefort, a fait installer à titre d'essai, dans l'un des dortoirs, un appareil inodore qui me paraît répondre de la façon la plus heureuse au but que je poursuivais ; la tinette est tirée d'une sorte de boîte en tôle, au moment de servir, puis, la fonction accomplie, l'appareil se referme automatiquement et se trouve si bien ventilé, par le moyen d'une prise d'air et d'un tuyau d'appel, qu'à une de mes visites, alors que la tinette était demeurée, dans un but d'expérience, pendant trois jours sans être vidée, on ne sentait pas la moindre odeur. Tous les organes, prise d'air, charnière, etc., sont soustraits à la malveillance des incarcérés. Cet appareil me paraît excellent et j'espère en voir l'usage se généraliser.

A part l'inconvénient que je viens de signaler, inconvénient auquel on a commencé à porter remède, et qui, d'ailleurs, ne me paraît nullement devoir être incriminé dans la circonstance actuelle, les dortoirs répondent aux exigences de l'hygiène la plus stricte.

Les ateliers sont également salubres ; l'espace, l'air, le soleil, y sont libéralement distribués aux travailleurs. Les industries qu'on y exerce ont-elles une influence mauvaise au point de vue de la

scrofule ? je ne saurais être affirmatif à cet égard. Le tableau qui est en tête de ce travail semblerait, au premier abord, indiquer que la brosserie est dangereuse ; on y voit, en effet, que le nombre des scrofuleux appartenant aux deux ateliers des brossiers est de 9 sur 62 travailleurs ; ce qui donnerait, si la proportion était la même dans tous les ateliers, un chiffre de 23 scrofuleux sur la population totale du quartier, 159 ; tandis que le nombre des scrofuleux n'est que de 14. Mais, en remontant à la date du début des accidents, nous voyons que trois de ces brossiers, F. (venu de Moissel); B. (de la Petite Roquette) ; Z.(du Val d'Yèvres), avaient des manifestations strumeuses avant le transfert à Rouen ; le quartier et l'atelier ne sauraient donc être rendus responsables de ces trois cas, ce qui réduit à 6 le nombre de sujets de ces ateliers ayant eu à Rouen leurs premières manifestations scrofuleuses ; — avec cette défalcation, la proportion par rapport à la population totale du quartier tombe à 15 ; — la différence entre les deux chiffres, 14 et 15, est minime et n'autorise certes pas à conclure, aussi catégoriquement qu'on aurait pu le penser tout d'abord, à l'influence nuisible de l'industrie des brosses. Néanmoins, il importe que cette observation ne soit pas perdue, et je ferai remarquer, en outre, que les trois sujets que je viens de nommer, atteints avant leur arrivée au quartier correctionnel, loin de voir leur situation s'améliorer, ont éprouvé une aggravation de la maladie; F. et B. n'avaient qu'un côté malade ; l'autre l'est devenu également : l'adénite cervicale de J..... a continué de se développer à Rouen.

L'atelier des sacs renferme une proportion de scrofuleux plus considérable encore que ceux des brosses ; 3 sur 8 ; mais l'un des malades, P. avait été déjà atteint de kératite ulcéreuse aux Douaires ; et, pour les deux autres, l'état même de leur santé avait déterminé leur placement dans cet atelier ; antérieurement ils avaient été classés parmi les brossiers.

Préaux. — Les préaux sont bien situés, spacieux, secs, reçoivent le soleil ; dans l'un deux est un gymnase très bien établi, dont les exercices sont assurément fort utiles à la santé des jeunes détenus.

Ecole. — Réfectoire. — L'école et le réfectoire sont convenablement installés au point de vue de l'hygiène.

Emploi et distribution du temps. — Les divers exercices sont réglés et variés de manière à éviter la fatigue et à ménager des repos convenables. Il y a 9 heures de sommeil de 8 h. du soir à 5 h. du matin ; 2 heures d'école ; 9 heures de travail en trois fois ; 2 h. 1/2 sont consacrées à la promenade, entremêlée de gymnastique, de

musique, d'exercices militaires et de manœuvres de la pompe à incendie. Que l'on compare cet emploi du temps à celui des élèves de nos Lycées et on verra que les jeunes détenus ne sont pas les moins bien traités, et que l'excès du travail, ou sa mauvaise distribution ne sauraient être considérés comme jouant un rôle dans la production des accidents dont je m'occupe.

Punitions. — Malheureusement l'esprit de la population de ce quartier rend indispensable l'emploi de mesures répressives dont l'innocuité ne serait pas aussi certaine. Les dossiers de ces jeunes détenus ne montrent que trop clairement que les vices de caractère, qui avaient motivé leur expulsion des colonies pénitentiaires où ils avaient d'abord été placés, n'ont pas été corrigés par le transfert dans un quartier correctionnel ; longue et désolante est, pour chacun d'eux, la liste des citations au prétoire et des punitions qui en sont la conséquence forcée. De ces punitions, deux seulement pouvaient avoir une influence sur la santé : le pain sec et la cellule. J'ai pu constater que, même pour des fautes d'une certaine gravité, ces peines n'étaient prononcées que dans une mesure restreinte et que depuis le commencement de l'année on y a renoncé presque entièrement.

Avec la longue expérience que j'ai de l'esprit indiscipliné et indomptable de cette population, je suis convaincu qu'il serait dangereux de supprimer absolument la cellule de punition ; tout récemment encore j'assistais à une scène vraiment désolante provoquée par un entêtement dont on ne saurait avoir une idée sans en avoir été témoin. Un jeune détenu venait de refuser, sans le moindre motif, de se conformer aux mesures d'ordre imposées à tous ses co-détenus et ni raisonnement, ni exhortations paternelles, ni paroles sévères, ni menaces ne purent réussir à vaincre son obstination. « Je n'obéirai pas ; je ne veux pas obéir ; — rien ne me fera céder ; — je préfère aller en cellule ». Telles étaient les seules réponses que le premier gardien, Bréhault, dont j'ai pu maintes fois apprécier l'esprit bienveillant, put en obtenir, et je ne fus pas plus heureux.

Le fait que je viens de citer est loin d'être exceptionnel.

La question, donc, étant envisagée au point de vue administratif, je n'oserais jamais conseiller la suppression totale de la cellule ; je craindrais que la direction, privée de cette arme, ne devînt impuissante ; mais, au point de vue purement médical, et dégagé de toute autre préoccupation, je dois reconnaître que l'application de la peine de la cellule et du pain sec à des jeunes gens déjà scrofuleux ou prédisposés à le devenir, me paraît de nature à imprimer une

impulsion fâcheuse à cette affection et à en provoquer ou en développer les manifestations. Mais, je le répète, ces punitions sont, depuis six mois surtout, absolument exceptionnelles, et il n'y a pas lieu de leur attribuer une part de quelque importance dans le développement des affections scrofuleuses.

Soins de propreté. — La malpropreté ne saurait être non plus invoquée comme cause de ces accidents, car les prescriptions les plus minutieuses sont en vigueur, et, sous ce rapport, les lycées et établissements d'instruction pourraient certes avoir à souffrir de la comparaison ; — en toute saison, en effet, nos jeunes détenus prennent, une ou deux fois par mois, un bain-douche qui entretient la propreté de tout le corps ; — chaque matin ils procèdent aux soins de propreté du visage et des mains. Jusqu'à l'année dernière, ils devaient, pour cela, descendre sur les cours et se servir de l'eau des bassins ; puis remontaient aux dortoirs pour achever leur toilette. Je fis remarquer les inconvénients de cette pratique ; outre la perte de temps et la difficulté de surveillance qui en résultaient, ainsi que les dangers de contagion pour les yeux que présente, dans de certaines circonstances, l'usage de l'eau d'un même réservoir servant à tous, on était obligé de renoncer à ces soins dans les temps de gelée et dans les jours de grande pluie.— Maintenant le quartier correctionnel est pourvu de lavabos-douches, établis d'une manière très économique, dont M. le Préfet a bien voulu, sur mes propositions, autoriser l'installation dans chaque dortoir, de telle sorte que le lavage du visage et des mains n'est interrompu en aucun temps et que tout danger de contagion est écarté. Après le travail et avant de sortir de l'atelier, les mains sont de nouveau lavées. Quant au linge de corps, il est toujours entretenu dans la plus grande propreté, ainsi que les draps et objets de literie.

Alimentation. — L'alimentation a une importance bien connue de tous dans le développement des affections qui, comme la scrofule et la tuberculose, résultent le plus ordinairement d'altérations de la nutrition. J'ai dû, tout naturellement, me préoccuper de savoir si, sous le rapport de la quantité, de la qualité, de la préparation, ou de la composition, les aliments et boissons dont font usage les jeunes détenus répondaient aux prescriptions de l'hygiène.

Les eaux qui servent à la boisson et à la préparation des aliments proviennent tantôt des réservoirs de la ville (faubourg St-Sever), tantôt du puits de l'établissement ; quoique bien convaincu que ces eaux ne pouvaient avoir des propriétés nuisibles, puisqu'elles

ont toujours servi sans le moindre inconvénient pour toute la population de l'établissement, directeurs, employés, et gardiens, aussi bien que pour les détenus, afin d'avoir une garantie de plus, j'en ai fait faire l'analyse au laboratoire municipal ; il m'a été répondu que les deux échantillons avaient tous les caractères de l'eau potable ; on a noté seulement que celle du puits renferme une assez forte proportion de sels calcaires. Il ne peut résulter de cette dernière circonstance qu'un léger inconvénient au point de vue de la cuisson de légumes, mais nullement pour la santé des jeunes détenus, puisque, dans la période de croissance, l'homme a besoin d'une forte proportion de sels calcaires, phosphatiques, etc.

Du premier juin au premier septembre, les jeunes détenus reçoivent, pour se désaltérer, dans l'intervalle des repas, une boisson amère préparée avec de la gentiane, du houblon, des feuilles de noyer, de l'acide tartrique et de la mélasse, conformément aux prescriptions du cahier des charges.

Du côté des boissons, il n'y a donc rien à incriminer.

Dans un travail que j'ai envoyé à l'administration centrale pénitentiaire à l'occasion du Congrès de Rome, étudiant la question alimentaire au point de vue de la valeur nutritive des substances prescrites pour la confection des aliments, je suis arrivé à cette conclusion que, suffisante, comme ration d'entretien, pour les détenus adultes, la nourriture prévue par le cahier des charges, sans addition de cantine, est insuffisante comme ration de travail. Cette conclusion n'est pas applicable au quartier correctionnel ; — tandis que les détenus adultes n'ont que deux repas par jour, une seule fois de la viande par semaine et une ration de 850 grammes de pain, les jeunes détenus font 3 repas par jour (6 h. et 11 h. 1/2 du matin, 5 heures du soir), ont de la viande le dimanche et le jeudi, le mardi 3 hattignoles, et le pain à discrétion.

Le dimanche, il est attribué à chacun d'eux 150 grammes de viande crue pour le bouillon et la soupe, 75 grammes de viande cuite, le jeudi 50 grammes de viande cuite. En comptant les os pour 1/5, les 125 grammes de viande cuite, désossée, correspondent environ à 150 gr. de viande crue ; c'est donc par semaine un total de 300 gr. et en 52 semaines ou une année 15 k. 600.

Or, suivant Bouley et Nocard, la moyenne de la consommation de la viande serait de 25 kilogr. par tête pour toute la France, mais seulement de 15 kilogr. pour les populations rurales. Sous le rapport de la quantité de viande ingérée, nos jeunes détenus se trouvent donc dans la moyenne des populations rurales ; est-ce suffisant ? Je le crois. Dans ses très remarquables leçons sur les mala-

dies par ralentissement de la nutrition, M. le Professeur Bouchard s'élève contre l'abus que, suivant lui, on fait des viandes à notre époque : « Aujourd'hui, dit-il, on mange modérément de toute chose, mais on mange relativement trop de viande, et cela dans toutes les classes de la société...... Je concède la viande à chaque homme dans la proportion de la masse de son corps et de l'activité de ses mutations nutritives, la donnant en plus forte proportion aux penseurs et à ceux qui, ayant des mutations plus actives, ont besoin de forces en réserve pour pouvoir, à un moment, fournir un travail extraordinaire. Mais je ne veux pas qu'on fasse du travail musculaire avec de la viande ; le travail musculaire doit se faire avec du pain et de la graisse. Je veux que cette richesse soit économisée et qu'on ne crée pas aux classes nécessiteuses des besoins factices et coûteux. Les médecins sont complices de cette grande erreur économique ; c'est à eux qu'il appartiendrait, au contraire, de faire connaître la vérité, de montrer quel abus on fait des viandes et quel préjudice en résulte non seulement pour la richesse publique, mais pour la santé publique » (p. 241). — Dans un autre passage ayant trait aux maladies de croissance, il montre que c'est à tort, le plus souvent, que dans les troubles déterminés par une croissance rapide, on prescrit le fer, le quinquina et les beefsteaks. « Le fer et le quinquina sont religieusement administrés ; le supplément de viande est scrupuleusement infligé au malade, malgré ses répugnances ; on n'obtient rien de bon »......

Mieux renseigné, le médecin prescrira une thérapeutique plus rationnelle. « Il ne conseillera ni les bouillons, ni les gelées, ni les jus de viande ; ces aliments ne fourniraient qu'en quantité insuffisante les hydrates de carbone nécessaires pour la génération de la force, et les substances protéiques assimilables. En fait de substances minérales, ils apporteraient la potasse et la magnésie, que l'organisme ne réclame pas impérieusement, et ne fourniraient que d'une façon tout à fait insuffisante la chaux qui fait surtout défaut dans les tissus mal formés ou appauvris. »

(*A suivre*).

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

4e ANNÉE. — T. VII. N° 19 8 NOVEMBRE 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE D'AUBERVILLIERS.

L'Académie a repris son animation des séances d'hiver, et l'affluence du public ne sert qu'à mieux montrer combien est défectueuse l'aération de cette salle. Quand donc l'Académie se décidera-t-elle à se faire construire une demeure digne d'elle ?...

Paris l'a échappé belle, si tant est qu'il y ait définitivement échappé ! Ce n'est pas parce qu'il y a eu en quatre mois une

FEUILLETON

A PROPOS DU MALTHUSIANISME

A Monsieur le Directeur du *Journal de Médecine* de Paris.

Monsieur le Directeur et honoré Confrère.

Vous publiez dans votre n° 17 (25 octobre 1884), sous la signature du Dr Drysdale, de Londres, un feuilleton sur le *Malthusianisme en Angleterre*.

Permettez-moi, à mon tour, de m'inscrire d'une façon radicalement absolue contre les doctrines préconisées par notre confrère anglais.

Que les grandes agglomérations de population sur un point aient une influence mauvaise sur l'hygiène publique, nul n'y contredit ; mais se prévaloir d'un fait auquel la décentralisation peut toujours remédier pour proposer une loi restrictive de la population, c'est là une erreur à laquelle, en France, aucun homme de cœur ne pourra jamais souscrire.

quarantaine de cas de choléra, ce qui n'est pas beaucoup plus que la moyenne annuelle ordinaire : mais il y a eu une véritable petite épidémie dans un point très circonscrit, épidémie qui a fait une quinzaine de victimes en peu de temps : heureusement, elle est restée à l'état de foyer isolé et s'est éteinte sur place, un peu grâce aux mesures énergiques prises par la préfecture de police conseillée et aidée en cela par ceux de nos confrères qui sont du conseil d'hygiène et de salubrité, et un peu aussi en raison de certaines circonstances qui restent inconnues. C'est ce qu'est venu exposer M. Dujardin-Beaumetz qui a mis en relief les particularités les plus intéressantes de cette petite épidémie. La plus intéressante, sans conteste,, c'est que le foyer épidémique s'est maintenu concentré dans un groupe de rues d'Aubervilliers et que malgré la proximité de la commune de Pantin qui n'en est séparée que par la largeur d'une route mitoyenne, la route de Flandres, le choléra n'a frappé personne à Pantin, pas plus du reste qu'ailleurs. Ce fait n'est pas spécial à Paris et a été observé d'autres fois, et dans des cas où l'épidémie était autrement meurtrière. On nous a cité dans une petite ville du Midi tout un côté de rue décimé par l'épidémie alors que l'autre restait indemne.

M. Dujardin-Beaumetz a avoué avec sa franchise habituelle

C'est le grand nombre des enfants des familles anglaises qui ont fait la grandeur de ce pays, et ce sont ces enfants qui ont ouvert à la métropole les marchés de l'univers entier. La population toujours croissante de l'Allemagne, malgré ses émigrations fréquentes, a été assez nombreuse pour couvrir naguère de ses soldats la moitié de la France ; et malgré les pertes énormes subies par son armée il y a 14 ans, le gouvernement de ce pays cherche aujourd'hui, grâce à sa prolifique population, un débouché dans des colonies lointaines pour ajouter à sa puissance continentale l'important appoint d'une influence coloniale.

En France, hélàs ! nous sommes loin d'en être là. La dépopulation s'accentue tous les jours et les pratiques désastreuses du malthusianisme n'y sont que trop suivies, sans qu'il soit besoin encore de venir les préconiser.

Loin donc de faire une loi contre l'excès de population, c'est

qu'il ignorait absolument comment le choléra avait éclaté à Aubervilliers, où l'on n'avait constaté aucun état prémonitoire et pourquoi il n'avait pas frappé la commune limitrophe qui s'abreuve à la même eau infecte et qui vit enfin dans les mêmes conditions hygiéniques,

Toujours sur le choléra, nous signalerons une note très intéressante communiquée à M. Marey. qui en a donné lecture à l'Académie, par M. Stassano (de Gênes).

On trouvera au compte rendu les autres communications qui ont achevé de remplir la séance,

J. C.



REVUE CRITIQUE

NOTE RELATIVE AU TRAITEMENT DE DELTHIL DANS LA DIPHTHÉRIE.

Plusieurs détails, certainement accessoires, peuvent rendre cependant plus ou moins facile à appliquer, plus ou moins efficace eu égard à la quantité de produits employés, le traite-

---

le contraire qu'il faudrait faire. C'est-à-dire donner des bourses ou demi-bourses dans les lycées pour l'instruction des enfants d'une nombreuse famille, ou faire une pension au père qui aura fourni un certain nombre de soldats à la patrie, comme cela s'est passé sous Napoléon Ier; favoriser le mariage des jeunes filles pauvres en leur constituant des dots qui seraient prises sur le produit d'un impôt frappé sur les célibataires et les oisifs, comme dans l'ancienne loi de Manlius, qui avait fait si grande la république romaine.

A ces conditions seulement nous pourrons arrêter la dépopulation dont nous sommes menacés. Il est temps qu'on y songe en France si nous voulons un jour reprendre notre ascendant dans le monde.

La population d'un pays, d'ailleurs, c'est sa fortune. C'est parce que le cultivateur en France n'a plus ou presque plus d'enfants que notre agriculture est en souffrance. La population

ment de la fausse membrane par le procédé Delthil (essence de térébenthine et goudron comburés ensemble.)

Ce traitement a été institué dans neuf cas de diphthérie, lors d'une petite épidémie ayant éclaté au Vésinet, et m'a paru plus actif que tous ceux qui ont été essayés concurremment. Je n'ai pas observé de tendance à la syncope, ni d'exaspération de la fièvre, mais seulement, chez le patient, une sensation de brûlure de la face, et des voies aériennes supérieures. Ce traitement, en revanche, paraît produire, par son action directe peut-être, ou plutôt par l'apaisement qu'il procure en diminuant la tendance asphyxique, une influence hypnotique.

Au début des accidents, je faisais une fumigation quotidienne de dix minutes, y compris le temps où le malade devait rester immergé dans l'atmosphère hydrocarburée. Les jours suivants, je portais le nombre des immersions à deux, puis quatre, et enfin à l'éclosion de chaque crise asphyxique, on recommençait.

Le récipient dont je me suis servi est une soucoupe ou un plat en métal (fer-blanc), les objets en porcelaine étant sujets à se casser.

La quantité de matière combustible était à peu près de trois

---

industrielle des villes voit, par la concurrence, se développer le commerce et la production. L'Angleterre, par l'énorme étendue de son agriculture, de son commerce intérieur et extérieur, offre une natalité de près d'un tiers supérieur à la nôtre, sans cependant que la prévoyance paternelle se soit jusqu'ici alarmée. La multiplicité des carrières, des métiers, des professions et surtout l'étendue des colonies anglaises, remédie à cet inconvénient dans une mesure largement compensatrice.

Ce n'est pas au moment où des colonies lointaines s'ouvrent pour nous, où, à nos portes, l'Algérie est à peine en culture, et où des explorations récentes dévoilent à nos yeux tout un vaste continent inconnu (l'Afrique centrale), qu'il s'agirait de mettre un frein à l'accroissement de la population.

Par-dessus tout cela encore, un intérêt plus fort, corroboré par le souvenir cuisant de nos derniers désastres, nous crie

cuillerées à soupe de chaque élément par fumigation. Le résidu était très peu abondant après la combustion.

Le petit patient était tenu sur le bord de son lit, penché sur la soucoupe dans laquelle la flamme s'élevait de 4 ou 5 centimètres. Pour remédier à la vive sensation de brûlure dont quelques enfants se plaignent par leurs gestes, je faisais placer les mains d'un des aides sur les joues et sur les yeux du patient, le nez et la bouche largement ouverte, dépassant seulement le bord des mains appliquées à plat. Un autre moyen a été employé, qui consistait à recueillir et concentrer les vapeurs noirâtres dans un large entonnoir dont le goulot était tourné, bien entendu, vers les voies aériennes de l'enfant. La flamme s'éteignait spontanément, et l'enfant restait ensuite dans l'atmosphère épaissie pendant quelques minutes ; le pouls, qui était devenu plus fréquent pendant la fumigation, reprenait son rhythme habituel, et l'enfant s'assoupissait presque toujours. Les parents sortaient alors du cabinet qui servait à la cérémonie, noirs comme une tribu de charbonniers, mais sans avoir senti autre chose qu'un peu d'étouffement. Il survenait quelquefois, au bout de plusieurs séances, une sorte de bronchite artificielle avec expectoration noire ; cette anthracnose cédait du reste spontanément au bout de peu de temps.

---

qu'il faut une armée capable, que dis-je une nation armée prête un jour à la revanche.

Ah ! confraternité à part, il fallait un étranger à notre pays et à ses besoins pour venir nous tenir un semblable langage.

J'adjure tout bon patriote à protester avec moi contre de pareilles doctrines et je ne veux d'autre argument que la situation de la population de la France après le premier dénombrement fait à la suite de nos désastres (1872).

Ce dénombrement, indépendamment des 1.597.238 compatriotes qui nous ont été enlevés avec l'Alsace et la Lorraine, nous montre que la population en France a perdu sur le dénombrement précédent (1866) 366,935 habitants ; perte qui constitue une diminution annuelle, tout en tenant compte de la natalité, de 16 sur 10,000 habitants.

La principale cause de cette dépopulation existe certainement dans ce sentiment qui fait que les parents préfèrent avoir peu

Les enfants, dans plusieurs cas, ont redemandé d'eux-mêmes une séance de fumigation, tellement étaient dessinés les phénomènes de sédation, de dissociation des pseudo-membranes, sur lesquelles il me paraît superflu d'insister après la description communiquée par le Dr Delthil lui-même.

Sur neuf enfants atteints de diphthérie maligne, et à forme toxique, trois seulement sont morts. Les enfants au-dessous de 2 ans on été indemnes lors de cette petite épidémie, et deux enfants au-dessus de huit ans ont été atteints. Le traitement par l'oleo-saccharure de cubèbe a été joint à la fumigation du Dr Delthil, mais sans que son action ait été bien nettement établie. Les toniques à dose surélevée ont paru agir favorablement.

Dr MAISON.

REVUE CLINIQUE

DE L'ÉVOLUTION TUBERCULEUSE (1)

Par le Dr LACAZE.

(*Suite et fin*).

Une famille nombreuse d'origine européenne et ne présen-

(1) Travail lu à la Société de médecine pratique, le 16 octobre 1884.

d'enfants, non pas toujours, comme on pourrait le croire, afin de leur assurer un bien-être égal à celui dont ils jouissent, mais plus souvent, malheureusement, pour jouir eux-mêmes d'un bien-être plus grand.

Cette regrettable situation ayant pour conséquence une très longue période de doublement de la population, tandis qu'elle est très courte chez nos voisins, peut être absolument préjudiciable dans l'avenir à la puissance de notre bien-aimée patrie. Pour le bien-être individuel de quelques familles égoïstes, la France, malgré la généralisation du service militaire, ne pourra lever dans un quart de siècle qu'une armée de moitié inférieure à celle des nations voisines, qui auront pendant ce temps vu doubler leur population.

Malthus, d'ailleurs, a-t-il été bien compris par l'honorable Dr Drysdale ? Il est permis d'en douter, car la fraude conjugale,

tant pas de mélange de races, composée de plusieurs frères et d'une sœur, tous lymphatiques et nerveux m'a fourni les observations suivantes : je n'ai pas connu les ascendants. Un frère et une sœur meurent phthisiques jeune encore ; un frère meurt de la lèpre tuberculeuse à 40 ans. — Un autre arrive à la vieillesse, quoique se plaignant depuis son jeune âge d'une d'une toux sèche et de douleurs dans la région du foie. Cet homme avait une vie très active, ne se maintenait qu'en ne faisant pas usage d'excitants. La poitrine étroite et la toux sèche me faisaient craindre pour les poumons. Cette partie resta cependant stationnaire ; mais le foie s'engorgea, se développa, la douleur au côté droit devint intense et des signes évidents d'abcès parurent. Les révulsifs appliqués dans la région n'amenèrent aucun amendement. L'abcès se fit jour par l'intestin, et au milieu du pus, on pouvait facilement constater des tubercules nombreux. Cet homme s'était plaint toute sa vie d'une douleur fréquente au côté droit, et les médecins, comme son entourage, avaient attribué à de l'hypocondrie cette douleur peut-être imaginaire. Sa fin prouva bien que cette douleur était réelle, et le foie sans aucun doute était depuis longtemps envahi de tubercules latents qui ont fini par une explosion purulente. — Un frère de ce malade a vecu très vieux grâce à un

---

si déplorable dans ses conséquences morales, hygiéniques et sociales, n'y est conseillée nulle part.

Sous le nom de *moral restreint*, Malthus a bien recommandé l'ajournement du mariage, et à la rigueur la renonciation au mariage pour ceux qui ne sont pas en situation d'élever une famille (liv. IV, ch. 1er, II, VIII et les appendices) ; mais partout il recommande aussi la chasteté et la continence dans le célibat.

S'il eût admis la stérilité volontaire dans le mariage, qu'on lui impute à tort, aurait-il eu besoin de recommander l'ajournement du mariage ? La chasteté et la continence dans le célibat qu'il préconise ne seraient-elles pas aussi en désaccord avec ce que l'on appelle l'onanisme conjugal ?

Malthus, comme dit G. Boissonnade, dans son livre sur la *Réserve héréditaire*, peut prêter à la critique ; mais, pour ce

régime sévère. Il a eu trois filles mortes de phthisie pulmonaire . cnéiques dans leur jeune âge.

Une famille composée du père, de la mère et de trois enfants m'offre les particularités suivantes : les deux aînés meurent après plusieurs années de marasme ; ils n'ont rien à la peau qui offre cependant une teinte jaune et profondément anémiée. L'autopsie de l'un d'eux fait voir un foie énorme farci de tubercules. — Le père ne tarde pas à avoir tous les signes de la lèpre bien caractérisée. — Le troisième fils, d'une constitution lymphatique et faible, vit à l'abri de tout mal apparent, grâce peut-être à un séjour en pays froid.

D'autres familles composées d'Européens et de créoles m'ont offert de nombreux exemples d'acné tuberculeuse et de phthisie pulmonaire. Ceux qui n'étaient pas atteints de phthisie étaient sujets à la goutte, à la gravelle. Je pourrais multiplier les observations qui prouvent toutes la coïncidence des différentes formes du tubercule, à la peau, sous forme d'acné dans la jeunesse, plus tard de lèpre tuberculeuse, de phthisie pulmonaire, ce tubercule pouvant rester à l'extérieur ou envahir les organes internes. — Une singularité que j'ai observée quelquefois, est la persistance de l'embonpoint et l'apparence extérieure de la santé avec le développement considérable des

---

qui constitue le fond même de sa doctrine, il a toute l'austérité d'un moraliste.

Laissons donc à Stuart Mill, au milieu de beaucoup de bonnes choses qu'il a écrites, cette monstruosité que dans un Etat « il faille s'arranger de manière à ce que personne ne vienne au monde sans le consentement » du gouvernement. Vous voyez d'ici l'œil vigilant du sergent de ville présidant, au fond de l'alcôve conjugale, à la conception d'un petit citoyen !

Citer de pareilles absurdités, c'est en faire justice, et j'ai pour moi des autorités suffisantes pour n'avoir pas du reste à encourir le reproche de partir en guerre seul contre le Malthusianisme. Rien qu'en France, M. L. de Lavergne (*Agriculture et Population*, p. 312 et suiv.), M. G. du Puynode (*Loi du Travail et de la Population*, t. II, p. 329), M. Villeneuve Bargemont (*Economie politique chrétienne*, t. II, p. 325), etc., m'autorisent à conclure en disant que si nous voulons relever notre

tubercules à l'intérieur. — L'envahissement prompt de la tuberculisation laisse parfois la nutrition générale se faire dans des conditions convenables. — J'ai cité des cas de mort avec l'apparence extérieure d'une santé non profondément altérée. J'ai pu faire plusieurs fois un rapprochement entre le tubercule de l'homme et celui des animaux, du porc en particulier, qui dans les pays chauds est souvent atteint de ladrerie. — Des animaux gras, d'apparence superbe, tués pour être mangés par les naturels du pays, offraient à l'intérieur une quantité considérable de tubercules. C'étaient des porcs ladres dans toute l'étendue du mot et ils étaient cependant gras et excellents à manger, disaient les Cafres ou les Malgaches, car les blancs, les étrangers, n'en veulent pas dans ces conditions.

Le tubercule se transmet par hérédité, c'est certain, mais il se transmet et se développe aussi par d'autres causes. Je crois cependant qu'il faut une prédisposition spéciale, originaire, pour que le tubercule puisse suivre ses différentes phases. — Certaines familles, certaines personnes peuvent être atteintes par le chagrin et la misère sans mourir de cette maladie. D'autres, au contraire, y succombent fatalement quand elles sont tourmentées par des peines ou des privations de toutes sortes, aussi par les excitants, les alcools surtout, qui amènent presque toujours le développement inflammatoire du tubercule.

---

population en décadence, il nous faut renoncer au luxe et savoir nous contenter du nécessaire. D'autre part, il faut corriger nos mœurs et, une fois mariés, ne pas craindre les enfants; la loi, d'ailleurs, les protège, le père ne peut les déshériter et la patrie ne tardera pas à les réclamer.

L'accroissement de la famille représente donc l'idée de sacrifice et d'abnégation, tandis que la restriction de la famille ne représente que l'idée d'égoïsme et de jouissance personnelle.

Je n'ai pas besoin d'indiquer de quel côté sont l'utilité, l'honneur et la vertu.

D[r] E. VERRIER.

Vacances médicales. — Voir pour les postes médicaux vacants aux annonces.



On discute beaucoup aujourd'hui sur les différentes causes d'apparition de cette terrible maladie. Elle est si répandue qu'on pourrait presque, sans se tromper, la reconnaître comme existant d'une manière latente dans toutes les familles. Son hérédité est positive, non d'une manière fatale, mais il est certain qu'elle se développe plus souvent dans certaines familles dont les membres succombent en grand nombre aux formes variées d'un mal dont l'origine est la même.

Quant à la contagion, je le répète, elle peut avoir lieu, mais rarement, quelquefois par une cohabitation comme celle de mari et femme ; mais on peut dire en général que le tubercule n'est pas contagieux, à moins d'être introduit sous la peau, d'être inoculé. — J'ai vu cependant, dans une léproserie, un domestique qui vivait de la même vie que son maître lépreux, devenu lépreux par cette vie en commun. — Mais combien de fois de semblables conditions d'existence n'ont pas amené les mêmes résultats !

J'ai observé souvent dans certaines familles évidemment prédisposées que la santé générale résistait longtemps, et même jusqu'à la fin ordinaire de la vie, tant qu'elles étaient dans le bien-être et l'absence des soucis. Aussitôt que survenaient les privations et les inquiétudes, ces organisations s'altèraient rapidement, et l'évolution tuberculeuse arrivait presque fatalement. Il y a donc une nécessité qui domine toute la thérapeutique de cette maladie, c'est le bien-être matériel et moral qui est le plus souvent moins facile à procurer que la médication proprement dite. — Il n'y a donc pas une thérapeutique spéciale contre le tubercule, mais surtout des conditions morales et matérielles que le médecin doit étudier et analyser avant tout.

Prophylaxie. — Traitement.

Les médecins qui ont donné des soins aux malades atteints des différentes formes du tubercule, dans les pays chauds particulièrement, reconnaissent le grand avantage de l'isolement. Il faudrait donc d'abord isoler les malades autant que possible. Le docteur Carter, dans l'Inde, s'appuyant sur les observations du docteur Hansen, de Norvège, a fait une étude très intéressante de la lèpre tuberculeuse et des moyens de la guérir ou de l'enrayer. Il la compare à la phthisie et à la syphilis. Les

moyens curatifs spéciaux sont reconnus par ces médecins, souvent impuissants. Les résultats les plus favorables ont été obtenus par un régime spécial et surtout l'isolement. En Norvège et dans l'Inde, des améliorations hygiéniques dans ce sens ont été réalisées. — C'est surtout par l'isolement qu'on semble devoir arriver à une diminution notable de cette affreuse maladie. — Les léproseries ne sont plus formées de salles communes où les malades par leur contact développent leur affection. Pour la phthisie il en serait de même que pour la lèpre. — Cette méthode hygiénique semble d'autant plus rationnelle qu'il est rare de rencontrer des phthisiques chez les peuples qui vivent au grand air, libres dans leurs mouvements et leurs actions. — Chez les Arabes, les Cafres, les Malgaches, la phthisie est très rare ; la lèpre, moins rare, ne se développe guère que dans la concentration des villes (1).

En dehors de ces conditions particulières je ne connais pas d'agent plus actif et plus puissant contre le tubercule, que l'iode sous toutes ses formes, l'iodure de potassium surtout. — Je l'ai souvent donné avec succès dans des cas bien reconnus, mais il faut qu'il soit pris à petites doses et longtemps avec des interruptions répétées. Les doses et la durée du traitement dépendent des individus, de leur aptitude à supporter plus ou moins la médication. Généralement l'iode pousse à la peau et donne souvent lieu à une véritable poussée d'acné, de furoncles qui parcourent leurs phases ordinaires, et disparaissent facilement d'eux-mêmes. On dirait que c'est le principe tuberculeux intérieur qui éclate à la peau pour débarrasser les organes. — La conduite de la médication n'a pas en cela comme en toutes circonstances de règle fixe, invariable, et l'expérience, le tact médical doivent toujours venir en aide à celui qui dirige le traitement. — Dans les affections tuberculeuses, comme dans toutes du reste, le médecin doit chercher à reconnaître les débuts de la maladie. A son origine, avant que l'organisation ne soit com-

(1) J'ai observé un fait qui prouve aussi que le grand air et la vie mouvementée enrayaient ou empêchaient l'apparition des tubercules. Les jeunes garçons et des jeunes filles à Madagascar, enlevés à leur vie sauvage et libre pour être enfermés dans les écoles des missionnaires, mouraient presque tous phthisiques à l'époque de la puberté particulièrement.

plètement atteinte, elle peut être combattue avec succès. Les études scientifiques exclusives ont eu le tort de faire négliger les observations cliniques qui ont leur grande importance. Il en est résulté que des traitements qui ont réussi quelquefois, sont tombés en désuétude. Un livre qu'on ne saurait trop méditer, la clinique de Graves pour lequel Trousseau avait un culte, rapporte des cas de guérison de phthisie au début par le mercure. Pour Graves, le tubercule scrofuleux amène par l'inflammation de son voisinage des désordres qui se développent fatalement. Il faut donc le plus tôt possible empêcher cette extension, et pour le médecin irlandais, le mercure est l'agent le plus efficace et le plus puissant. — Deux frères étaient atteints du même mal, l'un dans un état avancé succombe, et à l'autopsie, laisse constater de nombreux tubercules, des cavernes aux poumons et une extension considérable de la maladie. L'autre pris au début et après un traitement mercuriel approprié, s'améliore peu à peu et les traces tuberculeuses disparaissent pour laisser la santé générale se refaire complètement, et d'une manière définitive. — On ne saurait donc trop préconiser la recherche des débuts de la maladie et l'application prompte des moyens qui peuvent la combattre. Il en est ainsi pour toutes les formes du tubercule. J'ai vu plus d'un cas de tubercule de la peau, de lèpre sous toutes ses formes pris au début, disparaître ou tout au moins subir un arrêt prononcé dans son évolution.

L'huile de Chalmougra dans l'Inde, huile essentielle que l'estomac supporte difficilement, est employée avec succès contre la lèpre. Mais que de répugnances à vaincre, que de temps pour arriver quelquefois à un résultat favorable! — Quand on aura bien isolé le bacille qui constitue le tubercule, quand on aura déterminé exactement son mode d'existence, les conditions qui lui permettent de se développer, et aussi celles qui lui sont nuisibles, alors on pourra établir une médication plus exacte, plus scientifique. Mais quand il s'agit de la vie et de son ensemble chez l'homme, quelle situation complexe, et malgré les assertions des expérimentateurs, combien il y a à compter avec les éléments divers qui constituent la vie humaine. On a beau faire et dire, il y a entre l'animal qui sert d'étude expérimentale et l'homme un abîme qu'il faut reconnaître. M.

Pasteur, qui n'est pas médecin pourtant, ne méconnait pas ce grand inconnu de la vie et admet, malgré tout, la force médicatrice de la nature, de l'organisation, *natura medicatrix*, qui domine et change souvent à notre insu la face des choses (1).

SUR LE SULFO-CARBOL (ACIDE ORTHOXYPHÉNYLSULFUREUX), SES PROPRIÉTÉS ANTISEPTIQUES, ANTIPUTRIDES ET ANTIFERMENTESCIBLES.

Son emploi en médecine (1), par Ferd. Vigier.

En ce moment, où tous les jours on découvre de nouveaux microbes morbides, alors que l'on voit presque partout des maladies d'origine parasitaire, produites par des microbes venus du dehors et même par des microbes venus du dedans, il est intéressant de signaler toutes les substances antiseptiques et désinfectantes qui peuvent détruire ces germes sans que leur emploi donne aux médecins la moindre crainte de nuire à leurs malades.

Tel est l'acide orthoxyphénylsulfureux, sur lequel je me permettrai aujourd'hui d'attirer l'attention, en signalant au corps médical ses propriétés antiseptiques, antiputrides et antifermentescibles.

Pour plus de facilité de langage, j'appellerai ce corps *Sulfo-Carbol*, nom qui indique très bien qu'il est le résultat de la combinaison de l'acide sulfurique et de l'acide carbolique.

I. — Laurent est le premier qui, en 1841, indique que les acides sulfurique et phénique, en se combinant, donnent un

(1) Théorie du germe et de ses applications à la médecine et à la chirurgie.— Mémoire lu à l'Académie des sciences par Pasteur.... Microbes produisant des abcès plus ou moins nombreux après inoculation..... tandis que l'inoculation des plus petites quantités de ces derniers organismes amène, pour ainsi dire, infailliblement la mort, celle de notre microbe, pour des proportions équivalentes, se borne à la production d'abcès qui guérissent soit parce qu'ils s'ouvrent d'eux-mêmes et suppurent, soit que le pus se résorbe et que le microbe qui l'accompagne disparait, vaincu par ce que j'appelais tout à l'heure la résistance vitale, la *natura médicatrix*.

(1) Mémoire lu à la Société de Médecine pratique dans la séance du 3 juillet 1884.

acide sulfoconjugué. Depuis, un grand nombre de chimistes, Berthelot, Kekulé, Bardy et Dusart, Solommanoff, Menzner, Gondard, etc., se sont occupés de cette question et ont montré qu'il existe trois acides sulfoconjugués du phénol ; ces trois isomères (ortho, méta, para) ne jouent pas le même rôle et ne possèdent pas les mêmes propriétés.

Il existe plusieurs procédés pour préparer l'acide oxyphénylsulfureux, ceux de : Omar Guy, Prescott, Menzner, Solommanoff, Creuse, etc.. Dans chacun, les proportions d'acide sulfurique et d'acide phénique sont différentes. Aussi, quand on les emploie, faut-il avoir soin de saturer tout l'acide sulfurique resté libre et également ne pas avoir un excès d'acide phénique.

Des trois acides oxyphénylsulfureux (ortho, méta, para), un seul, l'ortho, jouit de propriétés antiseptiques remarquables et désinfectantes tout à fait supérieures.

Soluble dans l'eau en toute proportion, il n'est ni caustique, ni toxique, comme l'acide phénique, ainsi que nous allons le montrer. Cet acide, maintenu quelque temps au-dessus de 100 degrés, se transforme presque entièrement en acide para, lequel est inerte comme antiseptique.

Or les chimistes, Omar Guy, Menzner, Prescott, etc., ont conjugué le phénol et l'acide sulfurique entre 100 et 140 degrés. Il n'est donc pas surprenant qu'aucun de ces expérimentateurs n'ait soupçonné les puissantes qualités antiseptiques exclusives à la modification ortho.

Pour obtenir le sulfo-carbol, c'est-à-dire l'acide ortho, il faut donc empêcher l'élévation de la température. Pour cela, on mélange à froid équivalents égaux d'acide sulfurique concentré et d'acide phénique, on sature l'excès d'acide par le carbonate de baryte, de telle façon que la liqueur filtrée ne précipite ni par l'eau de baryte, ni par l'acide sulfurique, et on concentre à basse température ou mieux dans le vide. On évite ainsi la formation de la modification para et on a de l'acide ortho très actif.

Solommanoff considère l'acide oxyphénylsulfureux comme un éther de l'acide sulfureux et lui attribue la formule suivante : $C^{12} H^{4} \left\{ \begin{matrix} S^2 O^6 H \\ HO^2 \end{matrix} \right.$

On peut assimiler le sulfo-carbol à de l'acide salicylique devenu soluble ; c'est en quelque sorte un succédané de cet acide, et il est d'autant plus intéressant de le mettre en lumière que la théorie ne prévoit pas d'autre monophénol acide et soluble dérivant de la benzine bisubstituée.

L'acide salicylique n'est autre que l'acide ortho-oxybenzoïque; or ses isomères, les acides méta et para oxybenzoïques ne différant de l'acide salicylique que par la position de CO,OH vis-à-vis de OH phénolique n'ont qu'une énergie presque nulle.

Si dans les modifications précédentes, on substitue SO^2, OH à CO,OH, on a les trois acides oxyphénylsulfureux.

Gerhardt, et après lui Naquet, ont démontré la parfaite analogie des corps dans lesquels le radical sulfuryle SO^2, remplace le radical carbonyle CO. De plus, ces savants ont considéré l'acide orthoxyphénylsulfureux comme un acide salicylique dans lequel SO^2 est substitué à CO.

La formule atomique de l'acide salicylique étant :

$$C^6 H^4, OH (^1), CO, OH (^2),$$

celle du sulfo-carbol sera

$$C^6 H^4, OH (^1), SO^2, OH (^2).$$

Cet acide se comporte en effet, en face des réactifs, exactement comme de l'acide salicylique, le perchlorure de fer donne la même réaction. Il est aussi un antiseptique plus énergique, sans doute à cause de sa grande solubilité.

Le sulfo-carbol, à la température ordinaire, est un liquide sirupeux (densité 1,400), d'une teinte rose-œillet, d'une odeur piquante, mais non désagréable comme celle du phénol, et qui disparaît presque complètement en solution ; vers 8 à 10 degrés au-dessus de zéro, il cristallise en aiguilles et forme une masse compacte qui se liquéfie à une légère chaleur. Chauffé avec précautions sur une plaque, dans un vase au bain-marie ou dans de l'eau bouillante, il se volatilise et peut servir en fumigations ; si on élève la température il distille vers 130 degrés, ...is se décompose, et il reste du charbon. Il forme des sels ...istallisés avec un grand nombre de corps : la potasse, la sou..., la chaux, le mercure, le fer, le plomb, le bismuth. etc. ...ndu avec un excès de potasse ou de soude, il se produit de

la pyrocatéchine identique à celle du cachou ; avec la chaux, on a des sulfones analogues aux acétones.

II. — Malgré des études préliminaires sur l'urine, la levure de bière, des expériences faites sur nous-même et sur quelques personnes de notre entourage, nous avons tenu, avant de proposer l'application du sulfo-carbol à la médecine humaine, à nous rendre compte de ses effets sur les animaux. Depuis quelques mois, sous la direction de M. le docteur Laborde, nous avons fait dans son laboratoire, qu'il met toujours si gracieusement à notre disposition, une série d'expériences sur des chiens, des lapins, des cobayes, des grenouilles, d'une part, et de l'autre, au point de vue antiputride, antiseptique et antifermentescible sur des urines, de la levure de bière, du sang, des muscles d'animaux, des grenouilles mortes, etc.

Il résulte de nos expériences que, par la voie stomacale, nous avons pu administrer, dans l'espace d'une demi-heure, en solution de 5 grammes pour 100 centimètres cubes d'eau, jusqu'à 10 grammes de sulfo-carbol à un chien pesant 16 kilogrammes et 7 ^{gr} 50 à un chien de 7 kilogrammes sans que ces animaux aient éprouvé ni convulsions, ni malaise appréciable. A l'autopsie, la muqueuse de l'estomac du premier chien ne présentait rien de particulier, quoiqu'on lui ait donné plusieurs jours de suite du sulfo-carbol. Cette dose peut être augmentée à la condition d'étendre les liqueurs ; autrement des vomissements, à base coagulée, peuvent se produire ; on connaît, il est vrai, avec quelle facilité le chien vomit. Ainsi un chien, du poids de 10 kilogrammes, qui venait de manger de la viande et auquel nous avons donné 10 grammes de sulfo-carbol dans 100 centimètres cubes d'eau a eu, au bout d'une demi-heure, des vomissements de bave, puis d'aliments à aspect blanchâtre. La digestion a été entravée par la propriété coagulante de cet acide ; quelques instants après, le chien avait repris son allure ordinaire.

Dans tous les cas, malgré les doses élevées, on ne voit aucun changement appréciable dans leur état de santé, leur vie habituelle, leur appétit, etc.

Enfin nous avons pris nous-même, sous forme de limonade, dans un litre d'eau, différentes doses de sulfo-carbol ; nous en

avons absorbé ainsi, par petite fraction, jusqu'à 10 grammes par jour, sans éprouver aucun inconvénient. Nous ajouterons même qu'à la dose de 5 à 6 grammes par litre on a une limonade agréable.

Il en est bien autrement si l'on administre dans les mêmes conditions de l'acide phénique. On connaît, d'après les travaux de M. P. Bert, les désordres produits par cette substance qui, à la dose de 3 grammes pour 50 d'eau introduite dans l'estomac, produit des convulsions violentes, de forme clonique, avec troubles respiratoires graves, rapidement suivis de mort.

Avec le sulfo-carbol, rien de semblable : pas de convulsions, les urines restent limpides et le perchlorure de fer décèle la présence de cet acide, même lorsqu'il a été pris à faible dose, 50 centigrammes à 1 gramme. Nous ajouterons que les urines se conservent bien et que l'acide urique se dépose rapidement.

Dans le but de rechercher la dose et les effets toxiques, nous avons introduit immédiatement la substance dans le sang, au moyen de l'injection intra-veineuse. Afin d'éviter l'action coagulante, nous nous sommes servi, en premier lieu, d'une solution très étendue à 1 pour 100.

Or, sur un petit chien du poids de 7 kilogrammes, celui-là précisément qui a pu absorber par l'estomac, sans présenter le moindre trouble appréciable, 7 gr. 50 de notre produit, nous avons introduit par la veine, dans l'espace de trois quarts d'heure environ, en injections successives de 1, 3 et 9 centimèrets cubes à la fois, jusqu'à 15 centigrammes de sulfo-carbol, sans produire d'autres phénomènes qu'un peu d'agitation et des battements du cœur, à la suite de chaque injection.

L'animal est demeuré bien portant après cette premièr épreuve. Recommencé deux jours après, le même chien est resté réfractaire à l'injection intra-veineuse, répétée à un quart d'heure de distance, de 10 centimètres cubes à la fois de la même solution à 1 pour 100, c'est-à-dire à 20 centigrammes du produit, introduits presque d'emblée dans la veine.

Essayant alors une solution plus concentrée à 2 pour 100, laquelle exerce une action coagulatrice manifeste sur le sang hors de ses vaisseaux, nous avons poussé, toujours dans la veine et d'emblée, 6 centimètres cubes de la solution, ce qui portait à 12 centigrammes la dose du principe actif, et, à part

l'agitation habituelle et les accélérations passagères de la respiration et des battements du cœur, nous n'avons observé aucun accident fonctionnel notable.

Enfin, poussant l'essai plus loin, nous nous sommes adressés à une solution plus concentrée, de 20 grammes pour 100 ; de telle sorte que 1 centimètre cube représentait 0.20 centigrammes de principe actif.

Or, l'injection intra veineuse pratiquée sur un chien du poids de 15 kilogrammes a pu être poussée, en l'espace de 40 minutes environ, jusqu'à la dose de 10 centimètres cubes, soit 2 gr. de sulfo-carbol, sans donner lieu à d'autres accidents que les phénomènes fonctionnels jusqu'à présent observés par nous, savoir : agitation accompagnée de cris plaintifs, accélérations et irrégularités des battements du cœur et des mouvements respiratoires, salivation abondante et spumeuse, etc., tous phénomènes qui prenaient, à la vérité, une intensité croissante, à chaque augmentation de la dose injectée.

Ce n'est que lorsque cette dose a atteint le chiffre de 14 centimètres-cubes soit 2 gr. 80 de produit actif, que l'animal, raidissant tout à coup ses pattes et la colonne cervicale en arrière, poussant un violent cri de détresse, nous avons vu se faire l'arrêt des mouvements respiratoires du thorax et du cœur, qui n'a repris, un instant, que quelques contractions trémulatoires ultimes : les urines se sont écoulées en abondance et parfaitement limpides (leur odeur décelait nettement la présence du sulfo-carbol) ; la pupille s'est largement dilatée, l'animal était mort. Les caillots volumineux et étendus qui remplissaient les cavités du cœur, surtout les cavités droites, les veines caves et pulmonaires, ne permettaient aucun doute relativement à la véritable cause de la mort : l'influence coagulatrice des *doses concentrées* de la substance.

Nous avions vu, durant l'expérience, cette influence se manifester à l'embouchure de la canule introduite dans la veine, car il fallait, à tout instant, débarrasser cette canule des coagula qui l'obstruaient.

Il était intéressant d'étudier aussi les effets de l'injection sous-cutanée. Chez un jeune chien de 2 kilogrammes, une injection sous-cutanée de 24 centigrammes dans 3cc d'eau, faite à la région lombaire, a déterminé une espèce de poche, l'ab-

sorption n'ayant pas eu lieu, grâce à la propriété que possède le sulfo-carbol de coaguler les principes albuminoïdes. Au troisième jour, la peau s'est détachée comme si elle avait été découpée à l'emporte-pièce ; la plaie, très belle, a rapidement guéri, sans suppuration.— En dehors de l'eschare, le chien n'a rien éprouvé. — Remarquons, en passant, que cette propriété de coagulation pourra peut-être être utilisée dans le cas de pustule maligne, morsure de vipère ou de chien enragé, afin d'empêcher l'absorption du virus.

Chez un cobaye de 457 grammes, 1 centigramme dans 3 centimètres cube d'eau : les injections faites à chaque cuisse postérieure n'ont produit aucun effet.

Des grenouilles ont été placées dans un peu d'eau renfermant 1 pour 100 de sulfo-carbol ; la déglutition pouvait se faire facilement hors du liquide, seulement de temps en temps on agitait le vase afin de mouiller la surface de leur corps ; voici alors ce qui se passe : la peau devient de plus en plus blanchâtre, comme si elle se recouvrait d'une mince pellicule ; l'animal cherche d'abord à se retirer, la déglutition se fait de moins en moins, même lorsqu'il est placé hors de l'eau ; les forces diminuent, la sensibilité disparait et la mort arrive au bout d'une demi-heure.

Dans une solution à 0,50 pour 100, le même phénomène se produit; seulement la mort est plus lente ; elle arrive environ dans une heure.

A l'autopsie, les poumons sont remplis d'air, le cœur bat longtemps, mais les diverses parties du corps, les extrémités surtout, sont décolorées et ne renferment presque plus de sang.— Dans ces expériences, on voit que le sulfo-carbol, en coagulant les principes albumineux de la surface de la peau, empêche la respiration cutanée nécessaire à la vie de la grenouille.

Ajoutons que quelques gouttes de la solution à 1 pour 100 placées à la surface de la membrane interdigitale de la grenouille disposée pour l'observation microscopique, y déterminent, du côté des vaisseaux et de la circulation capillaires, la série des phénomènes déjà observés et décrits par M. Laborde avec la plupart des antiseptiques : constriction primitive des vaisseaux, à laquelle succèdent bientôt une dilatation lente et

progressive ; le ralentissement du cours du sang réduit à quelques mouvements oscillatoires, et finalement l'arrêt complet et la coagulation intra-musculaire.

Du sang, de la salive, mis au contact d'une solution renfermant de 1 à 2 pour 100 de sulfo-carbol sont immédiatement coagulés, et deviennent blanchâtres. En général, pour toutes les matières albumineuses, cette même réaction se produit.

III.— Les faits suivants mettent hors de doute son action antiputride :

Des grenouilles mortes, du sang, des muscles de chien, des débris d'animaux, etc., mis à l'étuve ; température 35 degrés, dans une solution à 0,5 pour 100, se conservent pendant plulieurs jours ; à 1 pour 100, on peut dire qu'ils se conservent presque indéfiniment.

De la macération de poissons pilés, liquide extrêmement putrescible, avec 0,7 à 1 pour 100 de sulfo-carbol, placée dans les mêmes conditions, n'a pas subi de fermentation putride.

L'acide ortho remplace le tannin, il tonifie la peau et les muqueuses.

La peau fraîche d'un animal mise en macération avec une solution concentrée de 10 pour 100 donne un cuir qui semble posséder toutes les propriétés des cuirs obtenus avec le tannin. Avec l'acide phénique, on obtient un mauvais résultat.

En solution étendue de 1 à 5 pour 100 et plus sur la muqueuse buccale, il est facilement supporté. Sa causticité est assez faible pour que, même pur, si on a soin de n'en mettre qu'une petite quantité sur la langue, on n'éprouve aucun sentiment de brûlure. Si on enduit légèrement de sulfo-carbol, ainsi que nous l'avons fait nous-même, une partie de la langue, les lèvres extérieurement et intérieurement, et qu'on ne se lave pas de suite, on éprouve un petit picotement, un goût astringent très marqué, la muqueuse devient blanchâtre et le lendemain l'épiderme se détache en pellicule mince, très peu sur les lèvres et davantage sur la langue et les muqueuses. A part cela, nous n'avons eu aucune douleur, aucune difficulté pour parler et manger. Mais, je le répète, nous avons agi sur le produit pur et nous n'avons pas lavé, la salive seule avait suffi.

Extérieurement, sur la peau, on peut s'enduire complètement les mains de sulfo-carbol pur sans aucun danger ; on

ressent un peu de chaleur, et quelques minutes après, les mains redeviennent sèches et à leur état naturel.

Un grand nombre de plaies sur différents animaux, plaies récentes, avec bourgeons, suppuration, des abcès, etc., ont été traités par des solutions renfermant jusqu'à 10 pour 100. La surface de la plaie devient plus ou moins blanchâtre, puis reprend bientôt un bel aspect. Les bourgeons se modifient, la suppuration cesse et la plaie ne tarde pas à se fermer. Le fétor lui-même des cancers ulcérés, si pénible aux malades, disparaît ; on sait combien, dans ce cas, les agents de la thérapeutique antiseptique sont insuffisants. Nous avons poussé l'expérience plus loin. Nous sommes allés jusqu'à mettre sur un muscle de la jambe d'un chien du sulfo-carbol pur. La plaie a blanchi, une coagulation complète de la surface s'est produite, et le lendemain elle était d'un aspect magnifique. — Cette application a été répétée plusieurs fois sans que le chien ait paru éprouver la moindre souffrance. En aucun cas nous n'avons constaté d'accidents par suite de l'absorption du médicament. Même après la mort des animaux et à une certaine distance de cette mort (vingt-quatre à quarante-huit heures après) les plaies ne présentent pas d'odeur appréciable malgré l'état de cadavérisation.

IV. — Il nous est impossible de reproduire toutes nos expériences ; cependant, pour bien démontrer l'action antiseptique, antiputride, et antifermentescible du sulfo-carbol, nous citerons encore celles faites sur les urines et sur la levure de bière :

On sait, par les belles expériences de Müntz et de Mesculus, que l'acide phénique est absolument sans action sur les fermentations d'ordre diastasique, et qu'il n'empêche pas l'urée de se décomposer en acide carbonique et en ammoniaque. Le sulfo-carbol empêche cette décomposition. Nous conservons, depuis plusieurs mois, à la température ordinaire, de l'urine renfermant 0,25 pour 100 ; à 35 degrés, elle se conserve plusieurs semaines, et, à la dose de 0.50 à 1 pour 100, on peut dire indéfiniment. De l'urine neutralisée, puis peptonisée placée dans les mêmes conditions, ne s'altère pas.

Avec la levure de bière : Expérience I — 10 kilog. de glucose, 1 hectolitre d'eau, 35 grammes de sulfo-carbol, — 1 gramme de levure de bière est tué ; avec 2 grammes de levure, la fermentation commence.

Expérience II. — 10 kilogrammes de glucose, 1 hectolitre d'eau, 70 grammes de sulfo-carbol.

10 grammes de levure sont tués; avec 15 grammes de levure, fermentation.

Expérience III.— 10 kilogrammes de glucose, 1 hectolitre d'eau, 100 grammes de sulfo-carbol.

40 grammes de levure sont tués; avec 60 grammes, la fermentation a lieu.

Ainsi, dans un même milieu fermentescible. si l'on triple la proportion (soit au lieu de 0.35, 1 gramme pour 1000), on stérilise quarante fois plus de ferments. On ne saurait donc trop recommander, puisque le sulfo-carbol est soluble en toute proportion, contrairement à l'acide salicylique, inoffensif et non caustique par rapport à l'acide phénique, de l'employer à 1,2,3,5 pour 100, proportions qui entravent tout espèce de fermentations alcooliques, figurées ou diastasiques.

Tout ce qui précède se rapporte spécialement au sulfo-carbol; nous ferons plus tard l'étude de ses sels, les orthoxyphénylsulfites. Nous ajouterons cependant que sur les indications de M. Ch. Richet, nous avons commencé une série d'expériences avec le sel de soude. Nous avons pu ainsi injecter, dans la veine d'un chien de 9 kilogrammes, 3 grammes de ce sel dans 60 centimètres cubes d'eau. La température de l'animal n'a pas sensiblement varié : de 39°3 elle est descendue à 38°62, puis le chien étant libre, elle est remontée à 39°9. Aucun changement n'est survenu dans son état.

Le sel de soude conserve aussi les matières putrescibles ; muscles, urines peptonisées, etc. Le sang ne se coagule pas comme avec l'acide et se conserve aussi. Nous n'avons pas encore pu établir les proportions nécessaires de son action, mais il les faut supérieures à celles de l'acide.

V. — On voit tout l'avantage que l'on peut retirer de l'emploi du sulfo-carbol dans la médecine et la chirurgie humaine, sans avoir à redouter aucun effet toxique. Aussi nos expériences nous autorisent-elles à espérer que les applications faites dans les hôpitaux par MM. Dujardin-Beaumetz et Blum dans le service de M. Périer viendront confirmer que cette substance peut remplacer les acides phénique et salicylique dans les pansements ordinaires des plaies à la dose de 1 à 5 pour 100 ;

qu'elle sera un puissant désinfectant et un topique modificateur dans les maladies du vagin et l'utérus (de 1 à 10 pour 100),de l'urèthre de 1/2 à 1 gr. pour100,des ulcères cancéreux, abcès fétides, etc. (1 à 10 pour 100 et plus).

Dans l'obstétrique,on n'aura pas àcraindred'absorption toxique, ni les accidents redoutables signalés encore dernièrement par M. le professeur agrégé Charpentier par l'emploi de l'acide phénique et du sublimé : « Odeur désagréable, érythèmes, lésions vulvaires et vaginales si douloureuses, éruption, voire même gingivite. »

Contre les fièvres éruptives, les maladies parasitaires de la peau : teigne, dermatoses, etc., de 1 à 10 pour 100.

Le degré de concentration des solutions devra résulter de l'appréciation des médecins, selon le cas et la susceptibilité des malades. En règle générale, on peut suivre les doses indiquées pour l'acide phénique,lesdoubler et lestripler au besoin, le sulfo-carbol n'étant pas caustique ni toxique comme le phénol.

Nous ajouterons, en terminant, que depuis peu on annonce dans quelques journaux de médecine, sous le nom d'Aseptol, un produit similaire. Ce n'est pas avec cette substance, d'origine belge, dont nous ignorions l'existence et encore aujourd'hui le procédé de fabrication, que nous avons fait nos expériences. C'est d'après les travaux de Kékulé, Solommanoff, Menzner, Gondard, etc., que nous avons commencé, en 1880, à préparer notre sulfo-carbol et à en étudier, sur les urines, les ferments et les microbes, les propriétés déjà signalées par différents auteurs. Notre but, d'ailleurs, est de présenter ici des expériences physiologiques sérieuses desquelles, nous l'espérons le corps médical pourra profiter.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

De la pharyngite folliculaire (follicular pharyngitis), par A. B. Thresher. — Cet article du médecin américain

nous paraît remarquable à beaucoup d'égards, aussi croyons-nous devoir en donner une analyse des plus détaillées. L'auteur commence par faire remarquer avec beaucoup de raison combien peu de praticiens connaissent assez les maladies de la gorge pour pouvoir poser un diagnostic précis : il rappelle que pour nombre de docteurs instruits et renommés il n'y a que deux variétés d'affections de la gorge, le vulgaire mal de gorge (sore throat) quand la maladie est légère, la diphthérie quand elle paraît grave. C'est incontestablement là une division fort commode pour le médecin en clientèle, et malheureusement combien y en a-t-il qui l'emploient ? Il cite à cet égard un fait qui lui est personnel : il fut appelé il y a quelque temps pour voir une petite fille qui, au dire du médecin de la famille, avait une diphthérie ; ce médecin ajoutait que l'enfant était sujette à avoir deux ou trois attaques de diphthérie par an, mais qu'il avait heureusement une façon de traiter les diphthéries tout à fait victorieuse. La petite malade était en réalité atteinte d'une pharyngite catarrhale aiguë. On comprend dès lors combien devait être efficace la méthode antidiphthéritique du confrère américain. N'en est-il pas de même en Europe ? et n'est-ce pas là l'explication des insuccès répétés de tous ces prétendus remèdes infaillibles que préconisent les praticiens et qui échouent constamment quand on les essaie sur les vrais diphthéritiques des hôpitaux ?

Les spécialistes eux-mêmes ne s'entendent pas bien sur la pathologie du pharynx : c'est ainsi que Morell Mackenzie confond la *follicular pharyngitis* et la *granular pharyngitis*, tandis que Carl Seiler emploie ces deux termes pour désigner deux affections d'après lui totalement différentes comme étiologie et comme symptômes. Wendt les décrit toutes les deux sous le terme générique de catarrhe chronique du pharynx inférieur. Il est de fait que presque toute inflammation du pharynx envahit plus ou moins complètement les follicules muqueux. Mais dans la pharyngite folliculaire les modifications pathologiques portent surtout sur les tissus glandulaires.

Etiologie.— Parmi les causes prédisposantes on a rangé les diathèses goutteuse, arthritique et strumeuse. D'après l'auteur, ce serait la diathèse strumeuse qu'il faudrait surtout incriminer. Des maladies de gorge antérieures, telles que la

diphthérie, la scarlatine, etc.., prédisposent cet organe à d'autres affections, et en particulier à la pharyngite folliculaire. La syphilis rend le pharynx tout particulièrement susceptible; enfin une hygiène mauvaise, en affaiblisssant tout l'organisme, rend la gorge plus vulnérable. Parmi les causes déterminantes, il faut citer un usage immodéré de la parole ; aussi les chanteurs, les orateurs, les commissaires-priseur, etc..., en sont-ils tout spécialement atteints. Parfois les affections du pharynx se développent consécutivement à des désordres gastriques ; peut-être à la suite du contact irritant des éructations avec la muqueuse : cependant, on les a vues survenir dans des cas de gastrite où ne se produisait pas le moindre renvoi. Aussi l'auteur croit-il devoir bien plutôt invoquer ici un phénomène réflexe se propageant par la voie du pneumogastrique jusqu'au ganglion cervical supérieur du grand sympathique et de là aux filets vaso-moteurs du plexus pharyngé. L'auteur reconnait que l'usage immodéré du tabac est une cause fréquente de pharyngite, mais il croit que cette substance ne peut avoir une action bien pénible sur la muqueuse, lorsqu'on n'en fait pas abus : il pense que la cigarette est particulièrement dangereuse. Les ouvriers qui travaillent dans des atmosphères confinées chargées de poussières et de vapeurs irritantes ont d'abord du catarrhe naso-pharyngé, puis leur gorge se prend par extension du processus inflammatoire.

Presque tous les auteurs prétendent que les refroidissements sont des causes fréquentes de cette affection, mais il est bien difficile de préciser ce qu'il faut entendre par là. Il est probable que tout changement brusque de température doit amener des phénomènes de congestion du côté de la muqueuse pharyngée.

Anatomie pathologique. — Les conduits glandulaires sont très dilatés, leurs parois sont épaissies. Dans les follicules les plus volumineux et les plus indurés, on trouve de petites concrétions crétacées surtout formées de carbanate de chaux. Parfois ces concrétions sont assez nombreuses pour remplir complètement les cavités glandulaires et former ainsi des arborisations. Le tissu cellulaire périphérique est un peu épaissi. L'épithélium est normal. Les glandules malades semblent être moins vasculaires qu'elles ne le sont dans un pharynx normal.

Lorsque les lésions seront portées à leur summum les cellules épithéliales normales sont remplacées par des cellules arrondies, volumineuses, qui parfois oblitèrent les conduits excréteurs et déterminent des phénomènes de rétention des produits de sécrétion.

Symptômes. — L'attention du malade est d'ordinaire attirée sur l'état du pharynx par une sensation toute particulière d'irritation qu'il y éprouve et par une toux sèche. La déglutition peut être douloureuse ou totalement indolore. La gorge est sèche et le malade y ressent le plus souvent des picotements, des ardeurs, des cuissons tout à fait spéciales. Si le malade est obligé de parler ou de crier, tout effort violent détermine une extension de la maladie au larynx et de la raucité de la voix, parfois même de l'aphonie. Les produits de sécrétion des glandules malades ont une viscosité toute spéciale et il est particulièrement difficile de les détacher et de les expulser.

Tous ces symptômes peuvent peu à peu s'amender sans que l'on institue le moindre traitement jusqu'à ce qu'une nouvelle cause occasionnelle vienne déterminer une rechute. Puis, les exacerbations du mal deviennent de plus en plus fréquentes jusqu'à ce que l'on finisse par ne plus observer la moindre rémission. La toux peut avoir alors un caractère marqué de sécheresse et simuler celle que l'on observe au début de la tuberculose.

Il suffit presque toujours d'un simple examen à l'œil nu du pharynx pour reconnaître l'existence de l'affection. Cependant, il est plus commode de procéder à l'injection de l'arrière-gorge en s'aidant d'une lumiere vive, d'un miroir réflecteur frontal et d'un abaisse-langue, au besoin d'un laryngoscope et d'un rhénoscope pour voir si les lésions ne se sont pas déjà propagées vers l'arrière-cavité des fosses nasales et vers le larynx.

On voit ainsi que les follicules sont volumineux et font une saillie notable sur la muqueuse. Ils ont une coloration d'un rouge plus sombre que les tissus voisins ; parfois même ils ont une teinte brunâtre ; parfois les parois du pharynx sont recouvertes d'un exsudat grisâtre, et il est nécessaire de l'enlever avant de pratiquer l'examen. La disposition de ces follicules est variable ; ils peuvent être disséminés sur la paroi postérieure, chacun d'eux étant entouré d'une zone d'hypérémie, ou bien ils

sont groupés de façon à constituer des bandes aplaties et allongées dont le grand diamètre est parallèle aux piliers du voile, ou bien enfin ces groupes sont assez nombreux pour devenir confluents et former un épaississement général de la muqueuse. Dans l'intervalle, la muqueuse est sèche luisante, et sillonnée de gros vaisseaux tortueux et dilatés. La sécrétion normale du pharynx manque totalement ; parfois les follicules dilatés sécrètent une matière blanchâtre très visqueuse, fort adhérente, parfois même les glandes sont remplies de caseum, et, dans quelques cas, lorsque les lésions sont fort développées et confluentes, ces produits de sécrétion forment de véritables enduits qui ressemblent à des fausses membranes diphthéritiques. Lorsque la prolifération du tissu cellulaire consécutive à l'inflammation chronique des parties malades a déterminé une oblitération partielle du réseau vasculaire, surviennent des lésions atrophiques des tissus. La luette devient œdémateuse et s'allonge assez pour traîner continuellement sur la base de la langue et devenir ainsi une cause de gêne. Les amygdales s'hypertrophient également. L'auteur ne croit pas que cette affection soit une cause de tuberculose pulmonaire; d'après lui, si beaucoup de sujets atteints de pharyngite chronique meurent phthisiques, c'est que ces deux affections se développent surtout chez les strumeux.

Traitement. — Les personnes d'une constitution strumeuse doivent éviter avec soin toute cause générale de débilitation, et toute cause locale d'irritation du pharynx. Elles devront prendre tous les matins des bains froids pour s'endurcir aux changements de température. Elles habiteront des pièces bien aérées modérément chauffées : on soignera avec toute sorte de précautions les inflammations accidentelles du pharynx, quelque légères qu'elles soient. Lorsque la maladie existe, il faut prescrire un traitement général dirigé contre l'état diathésique du sujet et un traitement local par lequel on tâchera d'une part d'enlever les exsudats adhérents qui tapissent le pharynx, soit avec des pulvérisations, soit avec des pinceaux, soit avec des curettes ; d'autre part, après avoir nettoyé la muqueuse, on la modifiera par des applications caustiques ou même par des cautérisations avec le cautère actuel; dans quelques cas on a même pu avec avantage employer la curette pour enlever les follicules hy-

pertrophiées. (*The Cincinnati Lancet and Clinic*, 19 juillet 1884.) L. B.

Hydrorrhée non gravidique. — Le Dr James Oliver a eu plusieurs fois l'occasion d'être consulté par des malades qui de temps en temps expulsaient par le vagin une certaine quantité de liquide aqueux. Ce fait, qui est fréquent chez les femmes grosses, n'est pas commun chez celles qui ne sont pas en état de gravidité, et on peut rarement examiner avec soin les caractères du liquide évacué.

L'auteur a remarqué que cette bizarre affection s'observait surtout chez les femmes nerveuses.

Le liquide a un aspect laiteux, sa densité est de 1003, sa réaction est alcaline, il n'est pas albumineux, mais contient une certaine quantité de chlorures. Le microscope n'y décèle autre chose que de l'épithélium et des débris d'épithélium. Sa quantité est variable ; il peut en être évacué près de 200 grammes d'un coup, et cette évacuation peut se répéter au bout de quatre ou six heures.

Les symptômes qui accompagnent ces écoulements aqueux sont variables. La plupart du temps les femmes accusent une douleur dans la région hypogastrique comme lorsqu'elles vont avoir leurs règles. Souvent ils sont suivis d'une douleur angoissante qui n'est que passagère.

Il serait très intéressant de connaître les causes et l'origine de cette évacuation anormale ; l'écoulement se fait-il goutte à goutte ou bien en grande abondance ? le liquide vient-il s'accumuler dans quelque partie des voies génitales avant d'être expulsé ? C'est ce qu'il faudrait déterminer.

Matheus Duncan pense que cet écoulement est due à une hypersécrétion des glandes de Cooper. M. Oliver émet l'opinion qu'il pourrait provenir des trompes sans cependant y insister. Il aurait plus de tendance à croire à une origine utérine ; il se passerait dans la matrice un phénomène analogue à celui qui a lieu dans les reins lors de la sécrétion de l'urine dite hystérique. Toutefois, l'hypothèse la plus plausible est celle qui reconnaît comme origine un trouble d'innervation soit de nature vaso-motrice, soit atteignant les nerfs qui président aux sécrétions.

Cette évacuation anormale passe souvent inaperçue, parce que tous les écoulements qui n'attirent pas l'attention d'une manière spéciale sont qualifiés de fleurs blanches.

Il faut également se méfier d'une cause d'erreur fréquente : c'est celle qui consiste à prendre pour de l'hydrorrhée une évacuation involontaire d'urine. Il suffit d'examiner le liquide avec soin pour ne pas tomber dans cette erreur.

Le traitement consiste en injections vaginales, mais il faut bien reconnaître que c'est une médication complètement inutile. Il faudra instituer un traitement général qui devra être la plupart du temps antispasmodique.

Le Dr Jackson Cummins a publié récemment une observation d'hydrorrhée dont l'origine est assez rare pour mériter d'être relatée succinctement. Une femme très hystérique, souffrant des approches de la ménaupose, avait eu à diverses reprises des éruptions de pemphigus de forme grave se manifestant sur diverses parties du corps et donnant lieu à de vives douleurs et à un écoulement abondant fourni par les bulles. En même temps que ces troubles nerveux se manifestaient du côté de la peau, on constatait un écoulement profus d'un liquide aqueux qui se faisait par le vagin et qui n'était pas de l'urine. Il est fort probable qu'il se sera fait une éruption de pemphigus, sur la muqueuse du vagin et peut-être aussi sur celle de l'utérus.

Dans un cas de cette nature le traitement tout indiqué serait l'arsenic. (*Bristish medical Journal*, 24 mai, 21 juin et 5 juillet 1884. pages 993 — 1205 — 29.)

Paul Rodet.

Des affinités pathologiques du rhumatisme chronique, par le Dr Duckworth. — Dans ce travail, l'auteur examine quelles sont les relations qui existent entre le rhumatisme chronique osseux et les autres variétés d'arthrite ; il définit cette affection, une maladie articulaire essentiellement chronique, affectant une ou plusieurs jointures, grandes ou petites. Elle peut débuter d'une manière insidieuse, par de la douleur et de la tuméfaction qui augmentent graduellement ; ou bien elle affecte tout d'abord des allures plus rapides. Les tissus articulaires sont le siège d'une inflammation chronique commen-

çant d'abord par la synoviale, intéressant ensuite le cartilage articulaire, puis les ligaments et enfin les extrémités osseuses. Le Dr Duckworth, après avoir examiné et discuté les idées de Pye-Smith, Fuller, Hutchinson, Ord, etc...., pose nettement les conclusions suivantes : que cette affection est un véritable rhumatisme, qu'elle se développe chez des personnes qui sont de vraies rhumatisantes, que dans quelques cas elle s'établit peu à peu, à la suite d'attaques de rhumatisme articulaire aigu, qu'il est parfaitement faux de la considérer comme une maladie hybride tenant à la fois du rhumatisme et de la goutte. Comme traitement, l'auteur conseille une alimentation bonne et variée, comprenant des substances renfermant du soufre comme les oignons, les légumes de la famille des crucifères, surtout la moutarde ; il faut choisir une habitation sèche, bien aérée et confortable. Comme remèdes il faut surtout prescrire l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium porté aux doses de 10 à 15 grains, le fer, l'arsenic et le soufre. Au début les révulsifs tels que les vésicatoires et les pointes de feu sont des plus utiles.

(*British med. Journal*, août, p. 263, 1884).

L. B.

Des causes de la douleur dans l'obstruction intestinale, par le Dr Treves. — D'après l'auteur, les douleurs qu'éprouvent les malades atteints d'obstruction intestinale peuvent être dues à quatre causes différentes : 1° A des lésions directes du péritoine et de l'intestin, comme cela arrive lorsqu'il y a étranglement ; 2° à des mouvements péristaltiques irréguliers et désordonnés ; 3° à la dilatation des intestins au-dessus de l'obstruction ; 4° aux modifications inflammatoires que subissent l'intestin et le péritoine. La première de ces quatre causes est sans aucun doute la plus importante : les douleurs qui en résultent sont d'ordinaire localisées, et d'après beaucoup d'observateurs siégeraient au lieu même de la lésion ; mais l'auteur croit que cette localisation est loin d'être aussi précise: il pense, en effet, que l'on doit faire intervenir ici, pour l'expliquer, des réflexes et des irradiations dans le domaine du grand sympathique. Lorsque l'obstruction intestinale est complète, la douleur éprouvée est continue avec des exacerbations périodi-

ques. Lorsque l'obstruction est au contraire incomplète, la douleur est intermittente, et il y a des intervalles d'accalmie plus plus ou moins prolongés. Les douleurs dues aux mouvements péristaltiques de l'intestin sont surtout fortes lorsque l'obstruction siège sur le petit intestin dont les tuniques musculaires sont fort développées. (*Brit. med. Journal*, juillet 1884, p. 62.)

L. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

Guide de Thérapeutique aux Eaux minérales et aux Bains de Mer, par le Dr Ch. CAMPARDON (1).

C'est vraiment une bonne fortune pour un livre et un grand honneur pour un auteur que d'être présenté au public médical par une introduction du Dr Dujardin-Beaumetz. — Semblable honneur et semblable bonne fortune sont acquis au Dr Campardon et à son *Guide de Thérapeutique aux eaux minérales et aux bains de mer*. Quelle est l'origine de ce livre ? M. le Dr Dujardin-Beaumetz nous l'apprend :

« Je voulais, écrit-il, pour mon Dictionnaire de Thérapeutique, un article essentiellement pratique et clinique sur les « eaux minérales, et je désirais que cet article fût écrit, non « par un médecin attaché à un établissement thermal, au- « quel on aurait pu reprocher sa partialité, mais par un mé- « decin praticien qui, profitant de ses loisirs, avait visité nos « différentes stations. Le Dr Campardon, etc. C'est ce travail « qui a été publié dans l'un des derniers fascicules du Dic- « tionnaire de Thérapeutique. J'ai cru qu'il méritait de sortir « de l'oubli immérité dans lequel on laisse bien des articles « de dictionnaire et qu'il était digne d'être publié sous la « forme actuelle : aussi, suivant mes conseils, l'auteur a-t-il « complété son œuvre en l'agrandissant et en y ajoutant la médication saline, etc., etc. »

Nous sommes de ceux qui suivent avec le plus grand intérêt la publication de l'important Dictionnaire de Thérapeutique entrepris par le Dr Dujardin-Beaumetz. Ce serait erreur

(1) O. Doin, éditeur.

de croire que celui qui possède le fascicule en question, possède le livre du Dr Campardon. L'article « *Eaux minérales* », dans le plan primitif du Dictionnaire devait, après chaque classe, contenir l'étude des diverses stations hydro-minérales. Ce plan a été modifié et l'étude des diverses stations a été reporté, dans le cours du Dictionnaire, à la lettre alphabétique, constituant ainsi autant de monographies. C'est la première rédaction, qui avec l'addition « *Eau de mer, médication marine* », paraît aujourd'hui sous le titre de : « *Guide de Thérapeutique aux Eaux minérales et aux bains de mer.* » Nous ajouterons : *et aux stations d'hiver.*

L'auteur s'est absolument et rigoureusement tenu sur le seul terrain médical : ce sont d'abord des généralités sur le choix de la station, sur le mode d'action des eaux minérales, sur les soins et précautions à prendre, avant pendant et après la cure. A ces préliminaires succède la classification des eaux, les eaux dites indéterminées étant dénommées par l'auteur eaux *oligo-métalliques*, puis vient l'étude des propriétés physiologiques et thérapeutiques de chacune des classes et leurs applications générales et particulières dans les différentes maladies chroniques. A chaque classe, après les généralités, dans les paragraphes, — Situation, — Minéralisation, — Thérapeutique,— Spécialisation, — Contre indications,— sont exposées les applications particulières des principales stations.

La quatrième partie du livre traite de la médication marine, air marin, eau de mer, hydrothérapie marine, effets de l'air marin et des bains de mer, indications des bains de mer, division des plages, stations maritimes et stations d'hiver.

Enfin, dans la cinquième partie vient l'exposé très complet des applications thérapeutiques des eaux aux différentes maladies et que terminent des conclusions dictées par un bon esprit d'observation et un grand sens clinique.

L'utilité de ce livre est incontestable, son succès nous paraît certain. Il existe de nombreux ouvrages sur les eaux minérales, ouvrages remarquables à plus d'un titre; mais le praticien n'a pas toujours le loisir de les consulter, à cause de leur étendue même. Ce guide de Thérapeutique, au courant des progrès réalisés dans ces dernières années par la thérapeutique hydro-minérale, facilitera au médecin la so-

lution rapide des questions qui pourront se présenter dans sa pratique.

D[r] J. C. Rougon.

FORMULAIRE

—

Traitement de la diphthérie

(D[r] Kline, de Catawia).

Dans le traitement de cette maladie, ce praticien accorde une grande importance aux applications topiques ; les caustiques doivent être rejetés comme topique ; le docteur Kline compte principalement sur un mélange à parties égales de glycérine et de chlorure de fer appliqué à l'aide d'un pinceau, ou encore la glycérine phéniquée.

Si le patient est d'âge à se gargariser il conseille le mélange suivant :

Acide lactique.	20 à 30 gouttes
Ether rectifié...	45 grammes.
Glycérine.....	45 —

Pour se gargariser aussi fréquemment que possible. L'acide lactique possède un effet dissolvant sur les fausses membranes.

Comme traitement interne, l'auteur recommande une potion contenant du chlorure de fer ou bien de la quinine, le chlorate de potasse ou le permanganate de potasse ; user de liqueurs alcooliques.

—

Traitement du pityriasis capiti.

(D[r] Jackson).

Mercure ammoniacal.	1 gr. 20 c.
Calomel...........	0 — 66—
Vaseline............	28 — 60—

On lave la tête du malade avec de l'eau de savon pour faire tomber les croûtes, puis on se sert de la pommade.

—

Traitement de l'eczéma des mains

(D[r] Van-Harlingen).

Oxyde de bismuth........	4 gr.
Acide oléique............	30 —
Cire blanche.............	12 —
Vaseline................	36 —
Essence de rose.........	11 gout.

Dans la période aigüe de l'eczéma le professeur Auspitz conseille de soustraire les parties atteintes au contact de l'air, et il recommande des onctions d'huile grasse; on peut les remplacer par la vaseline.

On peut préparer avec cette dernière et une poudre inerte, une pâte que l'on applique sur la peau. Lassar a adopté la préparation suivante :

Vaseline	ââ 50 gr.
Oxyde de zinc.........	
Amidon pur..........	25 gr.

Faire avec cette pâte plusieurs applications par jour et l'on saupoudre d'amidon.

—

Suppositoires à l'iodure de potassium et à la belladone.

(Noel).

Iodure de potassium. 1 gr. 50 c.

Extrait de belladone.. 1 — 20 —
Savon amygdalin .... 1 —
Eau distillée, environ 4 gram. réduits à 1 ou 2 gr.
par l'évaporation.
Beurre de cacao...... 9 gr.
Cire blanche......... 3 —
Pour six suppositoires.

Stanislas MARTIN.

VARIÉTÉS

L'INTERNAT DES FEMMES. — Il paraît que, malgré l'opposition formellement exprimée de la majorité des médecins et chirurgiens des hôpitaux, malgré les démarches faites par M. le professeur Hardy, président de l'Association des internes, et par MM. Moutard-Martin et Nicaise, délégués du Corps médical au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, un arrêté préfectoral vient d'autoriser l'admission des femmes externes au concours de l'internat pour l'année prochaine.

CONCOURS. — Le concours pour le prix de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris (médailles d'or et d'argent) vient de s'ouvrir.

Les questions écrites posées ont été, pour les internes de troisième et quatrième année : *Cellule hépatique. Accidents nerveux du diabète* ; — pour les internes de première et seconde année : *Valvule iléo-cœcale. Symptômes et traitement de l'étranglement interne.*

ENSEIGNEMENT LIBRE. — M. le docteur Doléris, chef de clinique d'accouchements, commencera son cours d'accouchements, théorique et pratique, le lundi 10 novembre.

Ce cours est complet en deux mois. On s'inscrit, 89, rue d'Assas.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 29 octobre 1884, un concours pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims s'ouvrira le 15 juin 1885 devant la faculté de médecine de Nancy.

— Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, s'ouvrira le 1er juin 1885 devant la faculté de médecine de Nancy.

— Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques et physiques s'ouvrira le 1er juillet 1885 à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

LYCÉE JANSON DE SAILLY — M. le Dr Landouzy est nommé premier médecin du Lycée Janson de Sailly (emploi nouveau). — M. le Dr Ory est nommé second médecin dudit lycée (emploi nouveau). — M. le Dr P. Segond est nommé premier chirurgien dudit lycée (emploi nouveau). — M. le Dr Reclus est nommé chirurgien-adjoint audit lycée (emploi nouveau).

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES, 149, rue de Sèvres. — M. le Dr Descroizilles commencera ses leçons de Pathologie et de clinique infantiles le vendredi 7 novembre, à neuf heures, à l'amphithéâtre, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. Examen des malades avant la leçon, salle Saint-Augustin.

Le mardi, à la consultation, conférence de thérapeutique.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 10 novembre 1884 à 4 heures très précises, au Palais de Justice. — I. Election de dix membres correspondants nationaux. — II. Cas de suicide par coups de pistolet sans blessure extérieure, par le Dr Frank Ogston. — III. Relation par M. Barthelemy d'un fait d'empoisonnement volontaire par la strychnine ayant soulevé une question de secret professionnel. — IV. Rapport de M. Socquet sur deux cas d'infanticide. — V. Fixation des jours et des heures des séances.

Ceux des membres de la Société qui ne pourront être présents sont invités à faire savoir, par lettre adressée à M. le Président, s'ils sont d'avis de conserver les mêmes jours et heures de séance, en cherchant un autre local ; ou s'ils préfèrent conserver le local actuel, en tenant les séances après huit heures du soir.

Hôtel-Dieu. — M. le professeur Panas recommencera ses cliniques vendredi matin 7 novembre, à 9 heures, à l'Hôtel-Dieu. Il les continuera les lundis et vendredis suivants. Le mercredi, examens ophthalmoscopiques.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique le vendredi 7 novembre 1884, à neuf heures et un quart, et le continuera tous les lundis et vendredis.

Le lundi sera consacré à la thérapeutique clinique, et le vendredi au diagnostic.

Visite des malades tous les jours, à 3 heures et demie du matin.

— Le Dr *Delefosse* reprendra son cours sur les voies urinaires à l'École pratique, le mardi 11 novembre, à 5 heures du soir, amphithéâtre n° 1, et les continuera les vendredis et mardis à la même heure. Il traitera cette année de la rétention d'urine.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 novembre 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Rufz de Lavison, nommé membre correspondant de l'Académie en 1846 et membre associé national depuis 1875.

M. le président annonce également que le vice-président, M. Fauvel, est atteint d'une pneumonie double.

M. le président annonce que dans la prochaine séance sera lu le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'accouchements.

L'épidémie de choléra. — M. Dujardin-Beaumetz. Depuis un mois, il ne s'est pas déclaré un cas de choléra ni à Paris ni dans la banlieue, il ne s'agit donc que d'une histoire rétrospective. M. Dujardin-Beaumetz rend hommage aux mesures prises par le préfet de police : il a créé des médecins délégués chargés de renseigner le préfet sur les cas déclarés dans leur quartier ; on a créé un corps de désinfecteurs ; on a créé un système de voitures pour transporter les malades, enfin on

a installé des étuves qui heureusement n'ont pas été appelées à fonctionner.

Depuis le début de l'épidémie, 40 cas de choléra ont été constatés à Paris ou dans les environs. De l'étude de cette épidémie résulte un premier fait, c'est que le choléra n'est pas contagieux lorsque le terrain n'est pas bien préparé. Un second fait, c'est qu'il faut attribuer peu d'importance au bacille virgule, puisque dans une autopsie faite à l'hôpital Bichat, sur un individu mort d'un cas de choléra sporadique bien confirmé, le bacille virgule a été trouvé. Un troisième fait, enfin, c'est que le cuivre n'est pas un préservatif du choléra et que les ouvriers en cuivre sont aussi exposés à l'épidémie que les autres.

M. Dujardin-Beaumetz arrive à l'épidémie d'Aubervilliers. Le 25 septembre, à Aubervilliers, rue de Solférino, un sieur Tassard et sa fille ont été pris du choléra, mais ont guéri tous les deux. Depuis, il y a eu dans ce même quartier 15 morts. Impasse Caron, dans une même maison, dans une famille de chiffonniers composée de quatre personnes, deux des fils et la mère succombèrent en quelques jours du choléra. Des mesures radicales furent prises et aucun cas de choléra ne se déclara dans levoisinage.

Dans l'impasse de la Goutte-d'Or, le ménage Chapon fut pris et guérit, mais une voisine prise également succomba bientôt.

Dans une baraque en bois une femme fut prise du choléra et succomba ; son fils, pris également, guérit à l'hôpital Bichat. Ici la mesure fut des plus radicales : on mit le feu à la maison ; il est vrai que cette baraque en bois ne coûtait que 30 francs.

Chose curieuse, de l'autre côté des quatre chemins, se trouve la commune de Pantin, limitrophe de celle d'Aubervilliers : or, il n'y eut pas un seul cas à Pantin.

A Saint-Ouen, il y eut 8 décès.

Un dernier fait présente un certain intérêt parce qu'il s'est produit à Paris, aux Ternes, il y a un mois et demi. Aucun autre cas ne s'est déclaré à la suite.

M. Dujardin-Beaumetz cherche à tirer la conclusion de ces faits. Cette portion de la banlieue de Paris est dans des conditions hygiéniques déplorables. C'est cette région qui reçoit l'eau de si mauvaise qualité dont on a beaucoup parlé récemment. Mais ces conditions si fâcheuses de misère, de mauvaise

alimentation, sont les mêmes pour Aubervilliers et pour Pantin ; en outre, ces conditions existent depuis bien des années. De plus, on ne peut trouver aucune corrélation entre les faits qui viennent d'être signalés. De même il n'y a aucun lien entre l'épidémie d'Aubervilliers et celle qui a sévi dans le Midi de la France. A considérer ainsi les faits, ils donneraient raison à l'opinion de M. Jules Guérin. Cependant il n'y avait là aucune constitution médicale prémonitoire et l'épidémie s'est éteinte sur place, malgré son caractère envahissant. Il est donc difficile de conclure.

M. Lagneau a été délégué quatre ou cinq fois par le conseil d'hygiène pour voir des cholériques ou de prétendus cholériques. Il n'est pas facile de faire le diagnostic entre ces deux formes de choléra.

M. J. Guérin. M. Dujardin-Beaumetz a exposé ses documents avec clarté et précision, il laisse toutes les opinions libres d'y chercher des arguments, cependant il y aurait des conclusions à en tirer. M. Dujardin-Beaumetz nous a dit qu'il n'y avait aucune filiation entre ces divers cas ; c'est donc là déjà une conclusion négative. En outre l'épidémie s'est limitée mathématiquement à un seul côté de la route. Dans ces cas, on ne voit pas dans la région non contaminée de choléra passé au bleu, mais on voit des symptômes prémonitoires ; il y a donc là une lacune si l'on n'a fait aucune enquête sur l'état des habitants de l'autre côté de la route.

Le choléra s'est étendu à certaines personnes entourant les malades, mais cette extension a été très bornée. Il y a donc là le caractère extensif, mais très limité.

Comment peut-on expliquer cette différence entre deux communes qui se touchent, dont l'une est affectée, tandis que l'autre ne subit aucune atteinte ? On peut supposer que des émanations plus ou moins limitées tombent sur une maison en respectant les autres.

M. Beaumetz a passé rapidement sur un point important. Dans cette région il y a un grand nombre de fabriques diverses qui lancent dans l'atmosphère des émanations nombreuses.

Le vol des oiseaux.— M. Marey répond aux objections qui ont été formulées contre sa doctrine dans la dernière séance par M. Giraud Teulon.

M. Marey soumet en outre à l'Académie une note du Dr St assano sur l'épidémie de choléra à Gênes. Sur les malades atteints 92 % tiraient leurs eaux du canal Nicolaï, qui four-

nit 40 % de la quantité d'eau distribuée à Gênes, le reste (60 %) provenant du canal de Galiera.

Rapport sur les épidémies.— M. Féréol, au nom de la commission des épidémies, lit le rapport sur les épidémies observées en France pendant l'année 1882.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 octobre 1884. — Présidence de M. M. Sée.

Opération d'Estlander. — M. Lucas-Championnière donne lecture de l'observation du malade dont il a parlé dans la séance précédente, et la fait suivre de quelques réflexions sur le manuel opératoire, et sur les difficultés que peuvent faire éprouver les résections.

M. Berger. Dans le rapport que j'ai fait l'année dernière sur le travail de M. Bouilly, à propos de l'opération d'Estlander qu'il avait pratiquée, j'avais dit que l'opération ne donnait pas de cas de mort. J'ai publié le premier cas de mort dans ce rapport ; depuis, M. Bouilly en a publié un. On a publié aussi un assez grand nombre d'insuccès ; de sorte qu'il y a lieu de revenir sur les conclusions de ce rapport et de dire que cette opération ne réalise pas toutes les espérances qu'elle avait fait concevoir ; il ne faut cependant pas la dédaigner.

Parmi les causes d'insuccès, on a signalé les dimensions de la cavité et l'épaississement avec l'induration et la transformation fibroïde des parois de la cavité suppurante.

Les dimensions n'ont pas toujours été un obstacle à la guérison ; mais ces grandes cavités étant l'occasion de vastes résections aggravent le pronostic. Il y a lieu de rechercher ici la cause de la mort.

M. Bouilly l'a attribuée, dans le cas qu'il a cité, à la septicémie. Mais il y a lieu d'incriminer la gêne respiratoire. C'est ce que j'ai observé chez mon malade : car, après le réveil, il avait une dyspnée excessive, qui n'a certainement pas été étrangère à la mort.

La seconde cause d'insuccès réside dans l'épaississement des parois, ce qui a conduit à réséquer les parois. Je voudrais qu'on ne confondît pas cette opération avec l'opération d'Estlander. Le mécanisme de la guérison n'est pas le même.

Je ne crois l'opération applicable qu'aux très petites cavités, comme l'a dit M. Verneuil.

Pour les grandes cavités suppurantes, il ne faut pas l'employer. M. Bœckel n'a eu qu'un insuccès ; de même M. Erhmann.

Somme toute, l'opération d'Estlander présente des obscurités, sauf pour les indications : il faut intervenir toutes les fois qu'on n'a pas affaire à un malade dyscrasique ou cachectique, ou à de grandes cavités suppurantes. Mais bien souvent le diagnostic de l'état de la cavité est imparfait; l'exploration par les instruments malléables ou par les injections ne donne que des résultats assez infidèles ; mais cela ne doit pas empêcher de persévérer dans cette voie.

Pour terminer et juger la question de priorité, je dirai que l'opération, telle qu'Estlander l'a faite, a été pratiquée et conçue par lui, et qu'elle mérite bien son nom. Nous devons nous en tenir aux preuves écrites ; or, la première preuve écrite est fournie par Estlander.

M. Gayet, de Lyon, dit qu'il ne veut établir aucune espèce de réclamation. Puisqu'on demande une preuve écrite, il veut en mettre une sous les yeux de la Société. Il s'est occupé beaucoup des suppurations pleurales. Dès 1874, il était convaincu que tous les abcès pleuraux ne peuvent pas guérir facilement. A cette époque, il songeait à l'opération d'Estlander. Un de ses élèves, M. Chaballier, a publié, en janvier 1875, une thèse sur le traitement de l'aspiration continue appliquée au traitement des abcès à parois mobiles, où la question de la résection costale est nettement posée. M. Pollosson, dans un article récent du *Lyon médical*, revient sur ce fait et en montre l'importance. Il laisse à la Société le soin de tirer des conclusions.

M. Verneuil. On émet beaucoup d'idées en France : les étrangers les connaissent beaucoup mieux que nous ne les connaissons ; je ne vois pas pourquoi nous n'accepterions pas cette règle que dans les questions de priorité, la preuve écrite serait la seule valable. Or, l'idée formelle de la thoracoplastie est dans la thèse de l'élève de M. Gayet, qui date de janvier 1875.

Supprimons Gayet, Létiévant, si vous le voulez, mais supprimons aussi Estlander, et appelons cette opération la thoracoplastie simplement. Donne-t-on un nom d'auteur à la résection de la hanche ?

M. BERGER. Il y a une certaine différence entre avoir émis l'idée d'une opération et l'avoir appliquée, et en avoir donné les indications ; c'est sans vouloir diminuer en rien le mérite de M. Gayet.

M. VERNEUIL. Les méthodes d'anus artificiels portent les noms de Littre et de Callisen, sans que ces auteurs les eussent appliquées les premiers.

De l'anus contre nature dans le traitement des fistules vesico-intestinales. — M. DUMÉNIL, de Rouen. Cette communication est un appendice à la communication que j'ai faite au Congrès pour l'avancement des sciences à Rouen, en 1883 : sur l'application de la colotomie lombaire au traitement des fistules vésico-intestinales.

Je publie maintenant une deuxième observation. Elle a trait à une femme qui a eu cette lésion à la suite d'un accouchement.

Je fis un anus par la méthode de Littre, dans la fosse iliaque gauche. A partir de l'opération, il n'y eut plus de gaz ni de matières par l'urèthre. Les selles naturelles se rétablirent, en même temps qu'il y avait émission de matières claires par l'anus artificiel.

La malade mourut après avoir présenté des accidents septicémiques dus à la rétention des matières dans le bout inférieur.

A l'*autopsie*, on voit que deux anses d'intestin grêle ont contracté des adhérences avec la vessie, en même temps il existait une communication entre l'intestin grêle et le rectum.

Je suis partisan dans ces cas de l'opération par la méthode lombaire parce qu'il faut ici au niveau de l'anus artificiel un éperon pour empêcher le passage des matières fécales au-dessous de l'anus artificiel. Mais, en principe, je préfère la méthode inguinale qui est plus facile et me paraît donner de meilleurs résultats.

M. VERNEUIL. L'idée de substituer une infirmité moins grave à une infirmité plus grave, est parfaitement logique et admissible ; mais l'anus contre nature offre un inconvénient : car il y a toujours, entre la vessie et l'anus artificiel, un segment intermédiaire d'intestin ; c'est cette portion dans laquelle s'accumule une certaine quantité de matières fécales ; cette accumulation est dangereuse, c'est ce qui est arrivé dans le cas de

M. Duménil et c'est ce qui m'est arrivé dans un cas où j'avais fait un anus artificiel pour un cancer du rectum. M. Duménil a vu ce danger ainsi que nous : aussi cherche-t-il à avoir un éperon.

Aussi a-t-on proposé (et Madelung l'a fait) de suturer à la peau toute la circonférence du bout supérieur de l'intestin préalablement coupé. Le bout inférieur est suturé et laissé libre dans l'abdomen. Mais alors on fait une infirmité tout à fait incurable et on s'enlève tout espoir de guérison. Il reste une infirmité, mais dans tous les cas, une infirmité beaucoup moins grave que la maladie primitive.

On évite ainsi l'engorgement qui peut être l'occasion d'accidents graves ; mais il y a mieux à faire, je crois, que l'opération de Madelung.

M. Guéniot. Il y a des fistules vésico-intestinales qui guérissent spontanément : j'ai vu un cas de ce genre avec M. Villemin, chez une dame qui avait accouché sept ou huit mois auparavant. L'écoulement était intermittent, nous avions remarqué que cette absence d'écoulement s'observait dans certains décubitus. Nous avons conseillé le décubitus habituel dans ces positions favorables ; cinq ou six mois après, la malade était guérie. Donc il faut savoir attendre, quand il s'agit de fistules vésico-intestinales, comme pour les fistules vésico-vaginales.

M. Trélat dit qu'il ne veut pas discuter la valeur relative de la méthode lombaire ou inguinale de l'anus contre nature.

Madelung a perdu ses deux malades en faisant un anus total. Car le bout inférieur complétement fermé est le siège de phénomènes septiques qui ont occasionnné la mort.

J'avais accueilli cette opération, quand je l'avais vu décrite, avec faveur : mais ces deux insuccès m'ont beaucoup refroidi.

La pratique et l'observation ultérieure montreront la valeur relative des deux méthodes inguinale et lombaire.

Dans l'anus lombaire, l'écoulement des matières se fait assez bien, pour que, chez les malades qui survivent longtemps, le nettoyage du bout inférieur ne doive se faire qu'à des intervalles assez long (cinq ou six semaines) ; cela se comprend parce qu'on fait traverser à l'intestin, pour le suturer à la peau,

un espace assez grand et on détermine une sorte d'éperon, comme l'a indiqué M. Duménil.

M. Le Dentu dit que cette discussion fait naître chez lui une idée qu'il croit nouvelle, mais qu'il n'a pas eu le temps de mûrir. Il se demande si au lieu de substituer à une infirmité une autre infirmité, il ne vaudrait pas mieux recourir d'emblée à un traitement radical. Il se demande si le plus simple ne serait pas de faire la taille hypogastrique, de se rendre compte de l'état de la fistule et agir sur cette fistule, soit par des cautérisations au fer rouge quand elles sont petites. On pourrait faire des sutures ou des autoplasties, mais il n'insiste pas plus que de raison, l'expérience lui manquant tout à fait. La question de la taille hypogastrique est entrée dans une phase telle qu'on peut la proposer pour des affections graves comme la fistule vésico-intestinale, au même titre que pour des pierres.

La guérison spontanée peut s'observer, mais sur les fistules récentes.

M. Duménil a discuté l'utilité de l'anus total, il a même chez une première malade suturé la saillie formée par l'éperon à la peau de façon à avoir cet anus total : mal lui en a pris, la malade est morte d'érysipèle. Il a rapporté des cas de guérison spontanée, mais ils sont rares ; il en a cité cinq cas.

L'action directe sur la vessie a été proposée par Simon qui dilatait l'urèthre et exécutée par Heim Vœgelin.

M. Verneuil. L'idée de faire un anus total est ancienne, ainsi que celle de suturer les deux bouts de l'intestin à la peau ; le bout inférieur est ainsi ouvert du côté de la peau, et c'est ce que je voudrais faire dans des cas de fistule et c'est dans ce sens que je voudrais modifier l'opération de Madelung.

M. Poulet fait une communication sur l'*hydarthrose tuberculeuse.*

M. Humbert présente un malade atteint très probablement d'*ostéomyélite* avec fracture spontanée, qui s'est consolidée et qui avait été prise par tous les chirurgiens qui l'ont vu pour un ostéosarcome.

Le Gérant : Dr A. Lutaud.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

4e Année. — T. VII. N° 20 16 Novembre 1884

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

LE CHOLÉRA. — INTERNAT DES FEMMES.

Nos lecteurs sont informés chaque jour par les journaux politiques du nombre des décès. Dans la semaine qui vient de s'écouler il y a eu à Paris une moyenne de cinquante décès par jour. Un foyer très intense a éclaté dans l'asile de l'avenue de Breteuil, tenu par les petites sœurs des pauvres (près de 50 décès).

De plus, on a observé de nouveaux cas à Aubervillers, à Pantin, à Boulogne et à Clichy.

Le choléra a éclaté aussi dans la Maison centrale de Melun, où l'on a constaté 1 décès foudroyant et 3 autres cas dans la ville.

FEUILLETON

A M. LE PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE.

Monsieur le Président,

Je suis membre de la Société de Tempérance : si vous me connaissiez mieux, cela ne vous étonnerait pas. Or, l'autre jour, j'ai été vraiment navré en voyant à quels dangers sont exposées des personnes aussi recommandables que mes collègues qui, comme moi, font de l'eau leur boisson exclusive. Se peut-il que dans un pays civilisé comme le nôtre, l'administration se désintéresse à ce point de la santé publique pour laisser boire des choses aussi affreuses que ce qu'on nous donne sous le nom d'eau potable ! Et dire que cette paternelle administration croit nous faire des largesses ! En effet, songez donc : de l'eau de la Vanne, de l'eau de la Dhuys, de l'eau de l'Ourcq, de

Nous apprenons également que 20 cas de choléra auraient été constatés à Toulon, dont 10 parmi les frères de l'Ecole de la place Louis-Blanc ; 3 ont été suivis de mort, dont 2 parmi les frères.

Enfin plusieurs cas sont signalés à Bruxelles.

Il est donc extrêmement probable qui l'épidémie qui a pris naissance l'année dernière en Egypte, s'est continuée cet été à Toulon, fera le tour de l'Europe sans épargner l'Angleterre où des cas sont également signalés à Manchester et à Birmingham.

— A l'Académie, la discussion sur le choléra a été interrompue par la mort de M. Fauvel. Le président a voulu rendre hommage à l'éminent épidémiologiste et a levé la séance en signe de deuil.

— La Société des médecins des hôpitaux, réunie vendredi dernier, en séance extraordinaire, s'est prononcée, à la presque unanimité, contre l'admission des élèves-femmes à l'internat. Les chirurgiens, par 32 voix contre 4, les médecins par 65 voix contre 4, ont approuvé les termes de la protestation adressée au préfet de la Seine par MM. Moutard-Martin et Nicaise, représentants du corps médical des hôpitaux.



---

l'eau de la Marne, de l'eau de Seine ! Quelle variété d'origine, de fraîcheur, de saveur ! Oui, c'est comme qui dirait cinq crus classés..... suivant le nombre de microbes : il y en a pour tous les goûts, sauf pour les dégoûtés, et j'ai le malheur d'être parmi ces derniers. Vrai ! si ma profession ne me retenait à Paris, je me mettrais très volontiers en quête

D'un endroit écarté,
Où de boir' de l'eau pure on ait la liberté.

Si tous les gens des petites villes ou de la campagne qui viennent à Paris, chercher fortune, savaient quelle eau les attend, peut-être y regarderaient-ils à deux fois avant de quitter

« Leur tranquille horizon
Et le cristal de l'eau qui court sur le gazon »,

comme dit le poète.

REVUE PROFESSIONNELLE

—

LA SITUATION DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS. — A PROPOS DU PROJET DE CAISSE DE RETRAITE.

Mon cher Rédacteur,

Les commentaires dont vous accompagnez le projet du Dr Benoist de Saint-Nazaire nous démontrent que vous partagez l'opinion de ce sympathique confrère sur la situation précaire de la plupart des membres du corps médical. Nul mieux que vous ne peut apprécier l'étendue du malaise matériel de la corporation, vous qui voyez à quelle course au clocher donne lieu l'annonce des postes vacants. Mais, à mon humble avis, c'est se faire illusion que de croire à l'efficacité d'une caisse de retraite pour améliorer la situation de bon nombre de praticiens.

Cette création exigerait de la part des participants une cotisation assez forte pour produire, au bout d'une trentaine d'années, un revenu convenable. La retenue de 3 °/₀ opérée sur les

---

Veuillez bien croire, M. le Président, que ce n'est pas par amour pour les Bucoliques que je vous fais part de mes doléances : Virgile et l'hygiène sont deux choses que j'ai toujours eu bien soin de séparer dans ma vie ; et si je me suis décidé aujourd'hui à prendre la plume, instrument avec lequel je suis très gauche, soyez persuadé que j'avais pour cela de graves motifs.

Un excellent confrère qui compatit à mes peines m'avait engagé à ne boire désormais que de l'eau minérale pour être sûr d'avoir ainsi de l'eau pure de toute souillure. L'idée est ingénieuse, et peut-être ne l'aurais-je pas trouvée à moi seul : mais, en y réfléchissant mûrement, j'ai vu à cette pratique des inconvénients sérieux. Une eau minérale contient des principes minéralisateurs : or, pourquoi me soumettrais-je à une médication incessante, moi qui digère bien, dont toutes les fonctions se font bien, qui jouis enfin d'une santé parfaite, je

appointements d'un aide-major, ayant droit à une retraite de 1,200 francs, après trente ans de service, est, si je m'en souviens bien, de 73,80. Il vous suffira de jeter un coup d'œil dans l'Annuaire du corps de santé pour supputer, d'après le chiffre des mises en disponibilité, le nombre probable des abstentions de versement, si la retenue pour la retraite était facultative. Si d'ailleurs une semblable institution de prévoyance pouvait se constituer, il serait prudent de la souder immédiatement à la Caisse de retraite de nos confrères de l'armée. Dans un pays où le service militaire est obligatoire jusqu'à l'âge de 40 ans, il ne saurait exister deux catégories de médecins, de même qu'il n'existe pas deux catégories de marins. Les médecins classés devraient participer à la Caisse de retraite des gens de Santé, en versant mensuellement le chiffre des retenues qui sont opérées sur les médecins militaires de leur classe, ainsi que cela se pratique pour alimenter la Caisse de retraite des gens de mer. Plusieurs d'entre nous profiteraient ainsi des retenues qu'ils ont subies pendant leur passage sous les drapeaux. L'adoption d'un semblable système de prévoyance, le plus rationnel et le plus pratique, à mon avis, serait encore loin de satisfaire complètement les intéressés. Certains intrigants et accapareurs de places ont obtenu dans l'armée territoriale un avancement que

---

ne dirai pas grâce à Dieu (car je crois que le bon Dieu n'a pas le temps de s'occuper de moi, pas plus que de vous), mais grâce à ma sobriété. Je ne sais pas si vous êtes comme moi, mais j'ai les médicaments en horreur, et je suppose que les pharmaciens doivent éprouver les mêmes sentiments pour les produits de leur officine : c'est toujours la même histoire du pâtissier qui aime mieux du pain bis que des savarins ou des méringues.... Donc, je ne me condamnerai pas à boire de l'eau minérale constamment, constamment.

Du reste, je viens d'apprendre quelque chose qui m'en détournerait complètement : il paraîtrait que certains industriels fabriquent avec un des cinq crus classés dont je vous parlais tout à l'heure, des eaux minérales artificielles qu'ils vendent bien entendu pour des eaux élaborées au sein de la terre ; les plus timides ajoutent à leur eau de Paris un peu d'eau minérale authentique pour pouvoir affirmer qu'ils vendent de l'eau

rien ne justifie et dont n'ont point profité les médecins démissionnaires de l'armée active, dont plusieurs ont fait leurs débuts pendant le terrible hiver de 1870. Ce serait encore pour ces favoris du Destin l'occasion de cumuler avec leurs fonctions civiles les avantages d'une opulente retraite, dont leurs confrères moins heureux feraient les frais.

Nous sommes, Trousseau le dit, des artistes au même titre que les poètes, les peintres et les musiciens. Il serait donc ridicule de prétendre à une valeur en banque plus considérable que celle de nos collègues, dont la pauvreté est proverbiale. Or, si tel peintre a le bonheur de publier la douleur qu'il éprouve en voyant brûler un portrait dont la facture lui a été payée trente mille francs, combien de ses confrères n'ont jamais eu à déplorer si fructueuse injure ! La médecine est un art, disait notre vénéré maître. Il dirait certainement aujourd'hui : un art d'agrément, lui si sévère au 3[me] examen de fin d'année. En compensation de tant de pénibles labeurs promettait-il à ses disciples la fortune, le bien être ? Lisez, dans sa Clinique de l'Hôtel-Dieu tom. 1, page 41 : « Il faut vous résigner à semer en dévouement ce qu'on recueille si souvent en ingratitude ; il *faut renoncer aux douces joies de la famille, au repos si cher*

---

minérale naturelle et être autant que possible en repos avec leur conscience. Vous comprenez bien que moi qui ai sous-loué ma cave dont je n'avais que faire, je ne la reprendrai jamais pour y emmagasiner de semblables mélanges.

Vous voyez, M. le Président, dans quelle triste situation se trouvent les buveurs d'eau. Peut-être était-il dans les desseins de la Providence de nous envoyer de pareilles épreuves. A l'époque où je faisais mes études au petit séminaire de L..., j'ai lu — si j'ai bonne mémoire — dans l'Histoire de France du Révérend Père Loriquet, que Voltaire,

> A ses derniers moments,
> Avait mangé ses excréments,
> Dans un instant
> D'égarément,

comme dit la complainte. Le bon père jésuite voyait naturellement dans ce fait le doigt de la Providence. J'en suis à me

après la fatigue d'une vie laborieuse ; il faut savoir affronter les dégoûts, les déboires, les dangers, etc.........

L'application de la loi Roussel, l'extension des sociétés de secours mutuels ont divisé les 26,300 médecins de France en deux catégories bien tranchées : les médecins-fonctionnaires, largement rétribués par le Trésor, et les médecins libres, grevés des lourds impôts de la profession, contraints de tout acquérir à la pointe de la lancette. Pour les premiers, point n'est besoin d'une caisse de retraite ; leur avenir est assuré. Le rétablissement du concours ou l'organisation démocratique de l'assistance publique et administrative tirerait les seconds des gémonies de la misère. La création de jetons d'assistance médicale, remboursés par les Bureaux de bienfaisance et les Sociétés de secours Mutuels au prorata de leurs fonds disponibles, rendrait aux pauvres et aux sociétaires la liberté du choix de leur médecin et mettrait tous les praticiens sur un pied d'égalité devant les moyens d'action. Le concours pour les places de médecins des épidémies et médecins légistes d'arrondissement permettrait aux travailleurs opiniâtres et instruits d'acquérir un prestige mérité, en même temps qu'il exonérerait les médecins de canton des soucis et des dangers des expertises médico-légales si peu rétribuées. Si la confraternité peut quelque chose pour

---

demander si cette même Providence, poursuivant son œuvre vengeresse, n'a pas voulu punir les petits-fils de Voltaire, les enfants de la Révolution, en les condamnant, avec l'eau de Paris, à boire leurs excréments, à des dilutions différentes, mais aucune homœopathique.

Quoi qu'il en soit, cette situation faite aux buveurs d'eau me paraît intolérable et dépasse certainement la mesure des peccadilles que ces gens essentiellement paisibles peuvent avoir commises ; je dirai plus, elle est bien faite pour décourager des bienfaiteurs comme ce noble M. Wallace qui, je l'espère, aura un jour sa statue dans Paris, en pendant avec celle de Vespasien ou de Rambuteau (quand le moment sera venu, on consultera la Société des Antiquaires) ; je disais donc que ce généreux M. Wallace avait cru doter les membres de la Société de Tempérance et tous ceux qui ne boivent que de l'eau par principe ou par nécessité, d'une boisson saine, coulant à dis-

améliorer la situation précaire et imméritée de certains d'entre nous, c'est à l'obtention de ces réformes démocratiques et sociales qu'elle doit, selon nous, appliquer son influence et ses efforts.

Chercherai-je maintenant les moyens de lutter contre la spécialité pharmaceutique, qui rend notre intervention si rare et permet à la classe riche et instruite de se passer si souvent de nos Conseils ? Vous demanderai-je si nous devons attendre notre salut de la fusion des professions médicale et pharmaceutique ou nous jeter immédiatement et en masse dans les bras de la médecine dosimétrique ? Je n'ose le faire, ayant déjà à me faire pardonner la franchise et le sans-gêne de mon opinion sur la possibilité de la création d'une caisse de retraite médicale.

Veuillez, Monsieur le Rédacteur, agréer les sentiments de respect avec lesquels j'ai l'honneur d'être,

Votre lecteur assidu,
Dr M. Dupont-Vieux.
conseiller général de la Haute-Savoie.

---

crétion, par un petit filet, d'une miniature de fontaine.... Et le voilà maintenant obligé de se dire amèrement :

« La façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne »,

sans compter que des gens auxquels la lecture quotidienne de l'Anarchiste, grand journal à 2 centimes et demi, porte un peu à la tête, vont accuser M. Wallace de complicité avec le gouvernement pour empoisonner les électeurs de M. Michelin.

Vous le voyez, M. le Président, il est grand temps que l'on avise : aussi, je compte sur l'autorité si justement attachée à votre nom pour appeler l'attention de qui de droit sur cette importante question sociale. Pour mon compte, j'ai l'intention d'adresser très prochainement un mémoire à la Société dont e m'honore d'être membre, pour la prier de modifier un peu a direction de ses travaux, et de ses encouragements. Jusqu'à e jour, en effet, elle s'est toujours occupée de rechercher les ıoyens les plus efficaces pour améliorer le sort des ivrognes.

4

REVUE CRITIQUE

—

LE MUCOR CHOLÉRIFÈRE (ORGANE DE TRANSMISSION DU CHOLÉRA), SA VIE, SES EFFETS, SON ATTÉNUATION.

Sous ce titre, nous avons assisté dernièrement à une conférence du Dr Maurin (de Marseille) dans laquelle nous avons entendu exposer une théorie du choléra, qui nous semble devoir intéresser nos lecteurs, et dont nous allons fournir un court résumé.

Le Dr Maurin est parti de ce principe que le choléra n'étant pas *immédiatement* contagieux, l'agent de transmission doit apparaître secondairement et, ainsi que les observations de Pettenkoffer le démontrent, sur les déjections.

Il a mis des déjections de cholériques en dehors des germes atmosphériques. et avec M. Lange, préparateur à la faculté des sciences de Marseille, il a pu s'assurer que du 4me au 5me jour, sur ces déjections seules, apparaît un champignon inférieur.

Ce champignon, de la famille des mucorinées, diffère de tous

C'était là, sans doute, un but très louable : c'est assurément faire acte d'humanité que de s'efforcer d'atténuer un vice auquel succombent tant de gens dont le principal tort est de ne pas aimer l'eau. Mais il faudrait, ce me semble, tenir un peu compte des tristes nécessités de la nature humaine : qui a bu boira, dit le proverbe ; tant qu'il y aura du vin et du trois-six, il y aura des individus qui s'enivreront et qui mourront dans l'impénitence finale, malgré les Sociétés de Tempérance des cinq parties du monde. Je trouve, en un mot, M. le Président, qu'on a assez fait pour les ivrognes : — si l'on s'occupait un peu maintenant des buveurs d'eau ?...

Veuillez agréer, M. le Président, l'assurance de mon respect et de mon dévouement inaltérable à l'eau pure.

Dr ***, membre honoraire de la Société de Tempérance, membre correspondant des Sociétés de Tempérance de Varsovie, Moscou, San-Francisco, etc.

les mucors indigènes. Il se compose d'un mycélium terre de Sienne duquel partent des filaments translucides qui se terminent, après s'être effilés, par des sporanges contenant une quantité de spores. A l'instant de la maturité les sporanges s'ouvrent au niveau de l'effilement, et les spores, qui ont un centième de millimètre se répandent de toutes parts.

En temps d'épidémie tout le monde absorbe des spores, qui sont en majeure partie digérés par les estomacs sains, comme les substances albuminoïdes. Mais dès que l'estomac est en état d'indigestion, directe ou réflexe, sur les matières gastriques acescentes ou putrides, les spores, au lieu d'être digérés, germent et se développent sous forme de plantes à ferments, déjà entrevues par Swayne, Budd, Britton, Thomi, Hallier et autres médecins de Calcutta.

Ces plantes à chaîne vivent à la manière des ferments et demandent de l'oxygène, de l'eau, de la chaleur qu'ils empruntent au sang et aux parois intestinales. De là tous les phénomènes du choléra.

Dans ce milieu nouveau, créé par la végétation endo-dermique, des germes nouveaux se développent. Ces germes sont les bacilles que l'on rencontre ici comme on les retrouve dans toutes les fermentations en lieux clos, dans la septicémie, la pyohémie, la puerpéralité, les cavernes tuberculeuses ou crétacées. Ces productions secondaires, analogues aux spirilles du vinaigre, sont aussi incapables de produire le choléra que la spirille est inapte à faire naître la fermentation acétique.

Le rôle des bacilles est tout autre : les bacilles absorbent de l'oxygène et excrètent des sepsines.

Ces principes résorbés amènent des phénomènes typhoïdes communs à toutes les maladies que nous avons précédemment énumérées.

Aussi, dans le choléra foudroyant, point de bacilles, les germes de végétaux ferments sont seuls visibles, tandis que plus le choléra parcourt lentement ses périodes, plus les bacilles sont nombreux, et plus les accidents typhoïdes de la réaction sont communs et développés.

A mesure que les déjections des cholériques sont remises à l'air et au jour le mucor cholérifère reprend son état aérobie,

pousse ses organes d'inflorescence, et devient organisme de transmission du mal.

La prophylaxie rationnelle du fléau consiste donc, entièrement, à détruire les germes contenus dans les déjections. Il suffit, pour atteindre ce but, de traiter les déjections par la teinture d'iode qui enraye la végétation du mucor à la dose de 1/1000e dans les cultures et de 1/100e lorsque le mucor est développé.

Ni l'acide phénique, ni l'acide salycilique, ni les acides forts, ni le bichlorure de mercure, ni le chlorure de zinc n'arrêtent la végétation. La plante résiste même à 130° et après avoir subi cette température, elle reprend sa vie si on la met dans des conditions de milieu et d'humidité favorables.

La teinture d'iode et la vapeur d'eau surchauffées sous pression sont les deux seuls prophylactiques à employer à l'aide de buanderies municipales où l'on soumettrait à un lessivage spécial les hardes des cholériques.

Quant au traitement du mal, très facile par tous les antifermentescibles, à la 1re période, il devient très difficile et même sans résultats lorsque la fermentation a soustrait l'eau et le chlorure de sodium de la constitution du sang, altéré secondairement les globules, les a rendus inaptes à l'hématose : alors le cholérique est condamné à mourir par asphyxie interstitielle.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

—

Nouvelle théorie sur la nutrition du fœtus, par le Dr Jérome Anderson, de San-Francisco. — Le Dr Anderson expose ainsi sa nouvelle théorie : Dès que la conception est accomplie, le fœtus est nourri par endosmose et par absorption d'aliments provenant du dehors, et non par l'intermédiaire de la circulation placentaire comme on l'enseignait autrefois. L'endosmose se fait au début par la trompe engorgée et par les parois utérines ; plus tard, c'est le liquide amniotique qui fournit les aliments nécessaires. Il est absorbé continuelle-

ment par la surface antérieure de l'embryon ; mais après le premier mois il pénètre dans le canal intestinal où il est assimilé et distribué aux tissus du fœtus, absolument comme pendant la vie extra-utérine. Comme corollaire nécessaire, il s'en suit que le rôle du placenta, ou du moins de la circulation placentaire, est entièrement respiratoire. — L'auteur appuie sa théorie sur un certain nombre de faits dont voici les principaux :

1° La présence constante de substances nutritives dans le liquide amniotique pendant toute la période de la gestation ;

2° La certitude de l'absorption par le fœtus de matières nutritives dans lesquelles il baigne constamment ;

3° La perméabilité du tube digestif à une période peu avancée du développement et la pénétration nécessaire dans son intérieur, en vertu des lois de l'hydrostatique du liquide amniotique albumineux ;

4° La présence de débris de la digestion, constituant le méconium, dans la partie inférieure de l'intestin ;

5° La présence de l'urine dans la vessie et de la bile dans la partie supérieure de l'intestin ;

6° Les difficultés mécaniques qui s'opposent à la nutrition directe à travers le placenta et l'impossibilité de l'alimentation par ce moyen pendant les premiers temps de la vie embryonnaire qui précèdent la formation du placenta et de la vésicule ombilicale.

Le fait capital, en somme, est la présence de l'albumine dans le liquide amniotique. L'auteur a pu se procurer un très grand nombre d'échantillons de liquide amniotique à toutes les périodes de la gestation ; au début, il était recueilli directement dans le sac amniotique ; plus tard, au moyen d'une éponge très propre, au moment de la rupture de la poche des eaux.

Il en a fait l'analyse quantitative pour l'albumine et les albuminoïdes, et il en a constamment trouvé. Voici les quantités :

à 4 semaines	1/2	%	d'albumine.
à 6 »	1 à 1 1/2	»	»
à 8 »	1 à 2	»	»
à 3 mois	2 à 3	»	»
à 4 »	2 1/2 à 4	»	»
à 5 »	3 à 5	»	»

à 6 mois	3 à 6	% d'albumine.	
à 7 »	2 à 4	»	»
à 8 »	2 à 3	»	»
à 9 »	1/2 à 1	»	»

La présence constante de l'albumine a une signification. La mère ne fournit pas ce liquide qui l'épuise pour qu'il serve simplement de coussin au fœtus. On ne peut admettre l'origine urinaire du liquide amniotique parce qu'il faudrait présupposer l'existence d'une maladie de Bright universelle, ce qui est inadmissible. De plus, il faudrait aussi admettre que ce liquide augmente jusqu'à la fin de la grossesse ; ce qui est en contradiction avec les faits. On est alors conduit à admettre qu'il est sécrété par la surface fœtale du placenta et qu'il exsude dans la cavité amniotique pour servir à la nutrition. Le fœtus est nourri par l'intermédiaire du placenta, cela est évident ; mais l'albumine et les autres aliments ne passent pas directement du sang de la mère dans celui du fœtus pour être ensuite distribués aux tissus. Les échanges gazeux se font seuls ainsi ; les matériaux nutritifs prennent une autre voie. Il y a à la surface placentaire du chorion un beau réseau de capillaires qui semblent être les agents directs de la sécrétion du liquide amniotique.

Au bout de la 6e semaine de la vie embryonnaire, le tube digestif est perméable et toujours rempli de liquide amniotique. Ce liquide devient de plus en plus consistant à mesure qu'il descend dans l'intestin et que la vie fœtale avance jusqu'à ce qu'il arrive à avoir un aspect gélatineux.

Il n'est pas nécessaire qu'il y ait sécrétion de suc gastrique et intestinal pour qu'il y ait absorption et digestion ; le liquide amniotique fournit l'aliment sous une forme facilement assimilable et il n'y a aucune raison pour que la sélection et l'absorption ne se fassent pas aussi activement que pendant la vie extra-utérine. L'absorption se fait sans doute presque mécaniquement. Il n'est pas admissible que la plupart des organes du fœtus soient tenus en attente et entrent subitement en fonction avec le premier souffle. Aucun organe ne reste inactif jusqu'à la naissance, seuls les poumons font exception, et si la respiration placentaire est substituée à la respiration pul

monaire, c'est le fait d'obstacles mécaniques qui n'existent pas pour les autres fonctions.

La présence du méconium prouve que les digestions stomacales et intestinales se sont faites. Il apparaît vers le 5e mois et augmente peu à peu jusqu'à la naissance. Soutenir qu'il est autre chose qu'un résidu d'absorption du liquide amniotique, c'est supposer que l'intestin du fœtus est un organe excrétoire jusqu'à la naissance, moment où il reprendrait ses fonctions et deviendrait un organe d'absorption.

En résumé, au début de la vie intra-utérine, avant la formation de la vésicule ombilicale et du placenta, l'embryon se nourrit, par endosmose, d'aliments provenant de la trompe et des parois utérines ; plus tard, le fœtus trouve les éléments de sa nutrition et de son développement dans le liquide amniotique qui contient de l'albumine et des albuminoïdes qui sont digérés et absorbés dans l'intestin. (*The american Journ. of Obstetrics.* August, 1884.)

Dr Ad. Olivier.

Les éléments de la douleur dans l'obstruction intestinale, par Frédérick Trèves. — Dans la majorité des cas d'obstruction intestinale, spécialement dans ceux qui revêtent la forme aiguë ou subaiguë, la douleur est le symptôme prédominant. Elle tourmente le malade et devient pour le chirurgien un élément de diagnostic. On peut rapporter à quatre conditions la genèse de cette douleur : 1° elle résulte d'une irritation directe du péritoine et de l'intestin, comme dans l'étranglement; 2° elle est la conséquence de mouvements péristaltiques et antipéristaltiques irréguliers et désordonnés ; 3° elle est due à la distension de l'intestin en amont de l'obstacle ; 4° elle est causée par de l'inflammation de l'intestin et du péritoine. L'auteur passe ensuite en revue les caractères de la douleur dans ces quatre circonstances, et il cherche à en tirer quelque profit pour le diagnostic. (*The British medical Journal*, 12 juillet 1884, et *Gaz. hebd.*, n° 33.)

De la désinfection des crachats des phthisiques, par MM. Schill et Fischer. — La difficulté de cette désinfection tient à ce que l'expectoration contient non seu-

lement des bacilles faciles à reconnaître, mais aussi des spores. Or ces dernières, difficiles à décéler, sont infiniment plus réfractaires vis-à-vis des agents désinfectants. Les expériences faites par les auteurs sont intéressantes au plus haut degré, et, si le résultat fort inattendu auquel ils ont été conduits se confirme, l'hygiène publique devra se féliciter. Le résultat auquel nous faisons allusion est celui-ci : vis-à-vis du microbe de la tuberculose, l'acide phénique s'est révélé comme germicide très énergique, très supérieur à ceux qui jouissent actuellement de la plus grande faveur. Au fond il n'y a là rien qui doive nous surprendre. Un même agent ne saurait tuer tous les germes, pas plus qu'un même virus ne saurait influencer tous les organismes.

Quoi qu'il en soit, l'acide phénique à 5 pour 100, mélangé en petite quantité aux crachats, détruit rapidement et les spores et les bacilles. Le sublimé, même à dose de 2 pour 100, ce qui constitue une proportion énorme, s'est montré infidèle et l'on doit renoncer à son emploi. L'alcool à 90 degrés a donné de bons résultats, mais il en faudrait des quantités considérables, et ce produit est trop coûteux.

Nous ne pouvons donner la liste de toutes les substances qui ont été expérimentées à ce point de vue, ni le résultat de cette expérimentation laborieuse. Disons un mot, cependant, de l'action de la chaleur, seul procédé pratique pour la désinfection des vêtements, de la literie, etc.

La chaleur sèche ne donne rien et paraît condamnée une fois de plus.

Lorsque l'on place dans l'étuve à vapeur des crachats enveloppés de papier et d'un morceau de coton, les spores sont certainement détruites au bout de trente à soixante minutes. Lorsque la vapeur agit sur des crachats frais non desséchés, la destruction des spores est complète au bout d'un quart d'heure, la pénétration de la petite masse étant très rapide.

La coction des crachats est naturellement un procédé héroïque ; malheureusement on ne voit pas bien comment il pourrait être employé en pratique. (*Mittheil. aus dem Kais. Gesundheitsamt*, 1884, p. 296, et *Gaz. hebd.*, n° 33.)

Action de la caféine. — Au dernier congrès médical de

Berlin, Riegel a lu sur l'emploi thérapeutique des préparations de caféine un travail dont voici les conclusions :

La caféine ressemble à la digitale dans son action régulatrice sur le cœur dont elle augmente la force tout en ralentissant ses mouvements ; elle augmente la pression artérielle.

Elle agit très rapidement et provoque une plus abondante sécrétion d'urine. Il vaut mieux administrer la caféine à doses faibles mais répétées. Elle diffère de la digitaline en ce que son action est plus rapide et en ce qu'elle n'a pas la propriété de s'accumuler dans l'organisme. On voit parfois la caféine agir dans des cas où la digitaline n'a pas d'efficacité. Il faut éviter de prescrire des narcotiques et spécialement la morphine, concurremment avec la caféine. Enfin la caféine, et notamment les sels doubles solubles de caféine et de soude, le nitro-benzoate de caféine, le nitro-salicylate et le nitro-cinnamylate sont généralement mieux supportés que la digitale; le dernier sel susnommé convient parfaitement, en raison de sa grande solubilité, pour les injections hypodermiques. (*Berlin. Klin. Woch.*, 12 mai 1884, et *The Practitioner*, 7 septembre 1884.)

Sur les formes d'obstruction intestinale qu'on peut observer après les hernies, par Frédérick TRÈVES. — L'auteur classe comme il suit ces formes d'obstruction intestinale :

I. Le rétrécissement de l'intestin peut être le résultat de la hernie. Il convient de distinguer deux sortes de sténose de ce genre; dans l'une le rétrécissement est purement cicatriciel et dû à une perte de substance de la tunique muqueuse ; dans l'autre, l'intestin est étranglé par les reliquats d'une péritonite bien localisée. M. Trèves donne quelques exemples de ces deux formes et entre dans quelques considérations sur leurs causes, leurs symptômes et leur pronostic.

II. L'anse herniée vient après la réduction se fixer à la paroi abdominale.

III. Les deux bouts de l'intestin sont soudés ensemble par des adhérences.

IV. Les adhérences entre l'anse herniée et la paroi peuvent former une bride.

V. L'inflammation du péritoine au voisinage de l'orifice her-

niaire peut y fixer le grand épiploon et donner lieu à la formation d'une corde épiploïque. (*The Lancet*, juin 1884, p. 1021, et *Gaz hebd.*, *n°* 25.)

Excision d'un chancre induré douze heures après son apparition, par M. Rasori.— Un avocat de vingt-huit ans vint prier l'auteur d'examiner une femme avec laquelle il avait eu des rapprochements deux jours auparavant, et qui lui semblait suspecte. Cette femme présentait, en effet, des symptômes bien nets de syphilis. Mis sur ses gardes, l'avocat se surveillait avec le plus grand soin ; il ne vit rien de suspect pendant vingt-sept jours. Le matin du vingt-huitième, il aperçut près du frein une petite tache d'un rouge violacé, légèrement élevée au-dessus de la muqueuse. Rasori pratiqua l'excision ; la plaie guérit en vingt-cinq jours, laissant une cicatrice indurée. La roséole apparut au bout de quarante-huit jours. (*Giorn. ital. delle malatt. ven.*, 1884, et *Gaz. hebd.*, *n°* 25.)

Exploration de la vésicule biliaire.— M. George Harley rapporte l'observation suivante, qui montre, selon lui, la possibilité de sonder la vésicule biliaire dans les cas de calculs. La malade, femme âgée de trente-six ans, avait reçu, quelques semaines auparavant, les soins du docteur Diver pour des symptômes douloureux semblant tenir à une obstruction du conduit biliaire. M. George Harley l'endormit et enfonça un trocart explorateur français de six pouces de longueur à mi-chemin de l'ombilic et du rebord du foie et à un pouce et demi à droite de la ligne médiane du corps. La pointe étant poussée dans la direction du conduit biliaire ne rencontra aucun obstacle résistant ; un liquide ascitique sortit par l'ouverture cutanée, et le trocart put être promené dans toutes les directions. L'instrument fut alors retiré et réintroduit à un pouce plus haut et à environ deux pouces à droite de l'ombilic ; en le poussant dans la même direction qu'avant, on rencontra, à une profondeur de six pouces, un corps dur qu'on présuma être un calcul biliaire ; on put alors apprécier son volume et sa forme. Les signes de l'obstruction disparurent rapidement, et il est à supposer que l'opération avait changé la position de la pierre dans le conduit et avait favorisé son passage dans le

duodénum. La malade alla d'abord bien, mais bientôt elle présenta des symptômes de péritonite et succomba au vingt-septième jour. A l'autopsie on trouva treize calculs dans la vésicule biliaire.

Dans ses conclusions M. George Harley préconise l'usage du cathétérisme par ponction de la vésicule biliaire, qui, selon lui, n'expose pas à de plus grands accidents que la lithotomie.

(*Société médicale chirurgicale de Londres.*)

La pneumonie fibrineuse est-elle une maladie infectieuse ? par M. Flindt, de Samso. — D'après l'auteur, il y a des raisons prépondérantes pour considérer la pneumonie comme une maladie infectieuse.

Un refroidissement antérieur est tellement rare chez un malade pneumonique qu'il est absolument impossible de considérer le refroidissement comme cause essentielle et unique de la maladie. Ce refroidissement n'a lieu que huit fois sur 100.

La répartition des cas de pneumonie par rapport aux saisons donne des résultats analogues. Parmi les états atmosphériques observables et appréciables, il n'y a que l'eau pluviale qui démontre l'existence de certaines relations entre les saisons et la pneumonie, la courbe annuelle de la fréquence de la pneumonie étant en raison inverse de la courbe annuelle de la quantité de pluie ; mais ni le froid, ni les brusques fluctuations de la température, ni une combinaison du froid et de l'humidité ne sont en rapport constant avec la fréquence de la pneumonie.

Comme contraste avec les années ordinaires, la maladie montre pendant certaines années une telle fréquence que, à cet égard, ces années doivent être regardées comme de véritables années épidémiques.

La pneumonie n'est jamais également répandue parmi la population ; elle s'accumule toujours en petites épidémies et endémies locales ; souvent des épidémies et des endémies purement domestiques. Ce phénomène est tellement habituel qu'il prête à la physionomie épidémiologique de la pneumonie une empreinte caractéristique et il est parfaitement inconciliable avec la théorie du refroidissement ; il ne peut guère s'ex-

pliquer qu'en supposant que la maladie est une maladie infectieuse.

A l'aide d'une observation exacte, on trouve un nombre considérable de cas de pneumonie qui, d'une façon plus ou moins positive, accusent la transmission de la maladie d'individu à individu, par contagion. On observe toute une série de personnes tombant malades sans qu'il soit possible de démontrer aucune des causes banales de la maladie ; au contraire, on voit les cas de pneumonie s'enchaîner les uns aux autres ; en certains lieux circonscrits, dans certaines maisons surtout qui, depuis de longues années, ont toujours été indemnes de la maladie, le premier cas de pneumonie apparaît dans les circonstances qui montrent qu'une communication intime a eu lieu entre le malade, d'une part, et des personnes antérieurement atteintes ou leurs maisons, d'autre part ; et, lorsqu'un premier cas de maladie a apparu en un lieu antérieurement épargné, ce cas semble être le point de départ et former un véritable foyer pour la propagation ultérieure de la maladie ; car ce ne sont pas seulement les membres du même ménage, mais aussi des étrangers fréquentant la maison atteinte qui sont particulièrement atteints.

(Congrès de Copenhague.)



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

Traité des déviations utérines, par le Dr B. S. Schultze, traduit de l'allemand par le Dr F. J. Herrgott. (Doin, éditeur, 1884.)

A part quelques chapitres de nos traités des maladies des femmes, consacrés aux déviations utérines, nous ne possédions pas en France d'étude spéciale et détaillée sur ces affections trop fréquentes, hélas ! Aussi avons-nous vu avec plaisir paraître la traduction du Professeur Herrgott. L'ouvrage de Schultze est divisé en deux parties, la première consacrée à la pathologie générale, la seconde à la pathologie spéciale.

Avant d'arriver à l'étude générale des déviations utérines, l'auteur, dans un long chapitre, s'occupe de la situation normale de l'utérus. Il montre que cette situation varie avec une foule de causes, avec la position de la femme, avec l'état de réplétion de la vessie et du rectum, selon que la femme est vierge ou a eu des enfants. Lorsque la femme est debout, l'axe de l'utérus est à peu près horizontal. Normalement la matrice est en antéflexion ; mais, chose curieuse, ce degré de flexibilité diminue de l'enfant à l'adulte ; chez l'enfant, elle est très marquée ; chez la jeune fille, elle est un peu moindre ; chez la femme qui a eu des enfants elle disparaît peu à peu, en sorte que le mouvement en avant que fait le fond de l'utérus lors de l'évacuation de la vessie est dû chez la jeune fille essentiellement à une antéflexion, chez la femme qui a eu des enfants à une antéversion. L'auteur montre encore qu'il faut aussi tenir compte de l'action des ligaments de Douglas qui maintiennent le col fixé à la partie postérieure du pelvis ; de la respiration, la pression intra-abdominale étant un facteur important pour la conservation de la situation normale de l'utérus ; en effet, la flexion est essentiellement l'effet de la pression abdominale, la contraction de la vessie ne pouvant produire que l'antéversion. Ce chapitre est un des plus intéressants du livre de Schultze. Les trois autres chapitres sont consacrés à l'étude générale des déviations utérines, étude très bien faite et très complète. La seconde partie n'est pas moins intéressante que la première. Après avoir décrit assez rapidement l'élévation de l'utérus, l'antéposition et la rétroposition, la latéro-position, les torsions, l'auteur arrive à l'antéversion, l'antéflexion, la rétroflexion et la rétroversion et au prolapsus. Le chapitre qui traite de la rétroversion et de la rétroflexion est très complet. Ces affections sont décrites avec soin ; mais ce n'est pas tout que de faire le diagnostic, c'est le traitement qui est capital ; aussi l'auteur y a-t-il consacré de longues pages. Il préconise tout spécialement une méthode de reposition par une manœuvre bi-manuelle qui nous paraît excellente : et que, du reste, nous avons vu pratiquer par nos maîtres, le professeur Tarnier et le Dr Gallard ; pour l'exécuter, il faut le plus souvent anesthésier la malade, puis on introduit deux doigts de la main

gauche dans le vagin et on les place aussi près que possible du fond de la paroi postérieure de l'utérus ; si on ne peut y arriver par le vagin, il faut pénétrer dans le rectum ; on repousse alors lentement le fond de l'utérus le long du sacrum vers le promontoire. Tout obstacle sérieux imposera de suspendre la tentative. Lorsque le fond de l'utérus a franchi l'aire du détroit supérieur, la main droite, à travers la paroi abdominale, vient le recevoir et le renvoie lentement vers la symphyse pubienne. Cette manœuvre toute simple qu'elle paraît est quelquefois entrêmement difficile à exécuter. On peut, en effet, rencontrer de nombreux obstacles du fait des adhérences ; l'auteur donne à ce sujet de très sages préceptes. L'utérus remis en place il faut l'y maintenir ; c'est au pessaire qu'on doit avoir recours, mais quel pessaire faut-il choisir ? Schultze préfère le pessaire en 8 et le pessaire en traîneau selon les cas. Il montre, en terminant le chapitre, quels sont les effets de la réduction au point de vue des symptômes, de la fécondabilité et de la grossesse.

Nous signalerons encore tout particulièrement le chapitre qui traite du prolapsus utérin ; on y trouvera une étude comparée des différents procédés employés pour y porter remède.

De nombreux schémas ajoutent à la clarté du texte ; quant à la traduction, elle est telle qu'on ne se douterait pas à la lecture que c'est un ouvrage allemand qu'on lit. Nous ne saurions trop remercier M. le Professeur Herrgott de nous avoir doté d'un livre qui nous manquait et qui est indispensable aux praticiens.

Dr Ad. Olivier.



FORMULAIRE

Traitement du choléra

(ANTI-CHOLÉRIQUE LAUBIE)

L'anti-cholérique Laubie dont nous publions la formule a donné entre les mains des praticiens qui ont lutté contre le fléau pendant la dernière épidémie des résultats ne laissant aucun doute sur son efficacité.

Cette préparation a pour base l'*Erigeron Canadense* auquel se trouve associée la digitale, la valériane, la castoreum, l'éther, le

laudanum, le tout en combinaison sous forme de teinture alcoolique.

Voici la formule :

Sirop simple............	150 gr.
Teinture d'Erigeron composée................	20 gr.
« de digitale......	8 gr.
« de valériane ...	8 gr.
« de castoreum...	6 gr.
Land. de Sydenham.....	6 gr.
Alcool..................	50 gr.
Ether...................	10 gr.

Ajoutez eau de source pour compléter un litre et agitez.

Par cuil. à soupe toutes les 5 ou 10 minutes, selon l'intensité des symptômes.

Comme préservatif, 10 gouttes le matin sur un morceau de sucre.

Est adopté dans les hôpitaux, hospices et ambulances de Toulon. Ceux de nos confrères qui désireraient expérimenter cette excellente préparation sont priés d'écrire à M. le Dr Laubie, hôtel Louvois, place Louvois, à Paris. Il se mettra à leur disposition pour leur fournir de plus amples renseignements sur le mode d'emploi de l'anti-cholérique.

—

Note sur le choléra

(Dr Cunéo).

Le dévoiement cholérique a été traité par le laudanum, l'opium, l'éther, l'extrait de ratanhia amidonné. La potion suivante a été donnée.

Ether....	1 gramme.
Laudanum........	15 à 20 gout.
Extrait de ratanhia.	1 gramme.
Sirop d'écorces d'oranges..........	30 —
Eau de mélisse....	120 —

Lorsque les selles et les vomissements ont cessé et qu'il est resté de la susceptibilité digestive, on prescrit du vin de colombo édulcoré de sirop d'écorces d'oranger.

Lorsque les spasmes digestifs sont très marqués, l'éther additionné d'opium et de teinture de castoreum rend de grands services.

—

Séborrhée sèche du cuir chevelu

(Vidal).

Soufre précipité....	15 gr.
Huile de ricin...........	50 —
Beurre de cacao..........	12 —
Baume du Pérou.........	2 —

Mêlez exactement le soufre et l'huile de ricin, incorporez à une douce chaleur le beurre de cacao et ajoutez le beaume du Pérou, onctions sur le cuir chevelu matin et soir.

Stanislas Martin.

VARIÉTÉS

—

M. le Dr Peyron, ancien chirurgien de la marine, directeur de l'Institut des sourds-muets, est nommé directeur général de l'administration de l'assistance publique.

NÉCROLOGIE. — Le Dr Antoine FAUVEL, inspecteur général honoraire des services sanitaires, vice-président de l'Académie de médecine, a succombé à une pneumonie double le 6 courant, âgé de 71 ans.

Entré de très bonne heure dans les services sanitaires, Fauvel a pris une part très active à tous les débats d'hygiène internationale qui se sont produits depuis plus de trente ans, et dans la plupart desquels son influence a été prépondérante, grâce à la haute compétence qu'il avait acquise dans ces questions difficiles. Aussi les affirmations trop hasardées qu'il a émises au début de l'épidémie de Toulon, sans avoir eu le temps d'en étudier les caractères, n'ont pu sérieusement porter atteinte à la légitime réputation que lui valaient ses travaux antérieurs.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. A. LESAGE, aide de clinique de la Faculté du Laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

Le Dr PITOT, professeur de thérapeutique à l'école de médecine de Rennes, président de l'Association de l'Ille-et-Vilaine, est décédé brusquement le 10 octobre, par suite d'une congestion pulmonaire.

Le Dr Théophile-Xavier LOPEZ-SUASSO, ancien médecin du bureau de Bienfaisance et de l'Etat-Civil du IVe arrondissement, est décédé à Paris, le 21 octobre courant, à l'âge de 69 ans.

Le Dr FAUCON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté catholique de médecine de Lille, vient de mourir à l'âge de 43 ans.

HENNINGER (Arthur), professeur agrégé à la Faculté de médecine, professeur à l'Ecole municipale de physique et de chimie, membre des Sociétés de biologie et de chimie, officier de l'Instruction publique, est mort le 8 novembre, à l'âge de trente-quatre ans, à la suite d'une affection cérébrale dont il a été frappé à son retour du congrès de Blois.

COURS PUBLIC ET PRATIQUE DE LARYNGOSCOPIE ET DE RHINOSCOPIE. — Le Dr Ch. Fauvel a recommencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continuera les lundis et jeudis à 10 heures.

Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application de nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. — Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drammoud, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée. M. le Dr Coupard, chef de clinique, est à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.* — M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la Médecine et de la Chirurgie, le jeudi 13 novembre 1884, à 4 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur résumera l'œuvre de Celse et l'Histoire de la Médecine à Rome.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — M. le professeur Ball a commencé son cours de clinique des maladies mentales à l'Asile Ste-Anne, le dimanche 9 novembre, à 10 heures du matin. Il le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

COURS D'OPHTHALMOLOGIE. — M. le Dr Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophthalmologie le lundi 17 courant, à 8 heures du soir, à l'Ecole pratique (amphithéâtre n° 3), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Objet du cours : Médecine opératoire. — Les élèves seront exercés à la pratique des opérations.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le concours pour une place de médecin adjoint vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Ch. Féré.

ECOLE DE CLUNY. — M. le Dr Julien Symian, médecin adjoint à l'École normale d'enseignement secondaire spécial de Cluny, est nommé médecin de ladite école, en remplacement de M. le Dr Alfred Symian, décédé.

— Par décision ministérielle, en date du 3 novembre 1884, été ont désignés, savoir :

M. Vallin, médecin principal de première classe, professeur au Val-de-Grâce, pour l'École supérieure de guerre.

MM. les médecins-majors de première classe Gentil, pour l'hôpital du Gros-Caillou ; Zuber, pour l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Brochard, pour le bataillon du 13e d'infanterie stationné à Decize ; Cassan, le 11e cuirassiers ; Godart, pour le 93e d'infanterie ; Virolle, pour le bataillon du 125e d'infanterie stationné à Langres ; Lazard, pour le 2e tirailleurs algériens ; Levêque, pour le 25e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Morer, pour le 27e d'infanterie ; Follenfant, pour l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin ; Olivier, pour l'hôpital de Vincennes ; Cardot, pour l'hôpital du Gros-Caillou ; Petit, pour l'hopital Saint-Martin ; Reboud, pour le bataillon du 41e d'infanterie, service de Paris) ; Vilmain, pour le dépôt du 17e chasseurs à pied ; Barbès, pour le 17e chasseurs à cheval ; Félix, pour le dépôt du 15e chasseurs à pied ; Duval, pour le 19e chasseurs à pied ; Boissy pour le 94e d'infanterie ; Berthoud, pour le 26e dragons.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Tisserand pour

le 79e d'infanterie ; Clary, pour le 126e d'infanterie ; Mazeillé, pour le 11e d'infanterie.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — Le Dr Jules Simon recommencera ses conférences de thérapeutique, le mercredi 19 novembre à 9 heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Consultation clinique le samedi.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le Président lève la séance en signe de deuil après avoir annoncé la mort de M. Fauvel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 octobre 1884. — Présidence de M. M. SÉE.

Ectrodactylie et ectropodie. — M. BERGER fait un rapport sur une communication de M. Guermonprez au sujet de *l'ectrodactylie.*

Il s'agissait d'un instituteur dont la main droite présentait une bidactylie : le pouce et l'auriculaire existaient, mais les doigts intermédiaires faisaient défaut. Les deux doigts étaient très mobiles, formaient une sorte de pince dont les branches se rapprochaient, gênées seulement par une sorte de métacarpien interposé entre elles.

Les mouvements étaient compliqués, étendus même, bien que l'avant-bras et l'articulation radio-carpienne parussent agir plus que les doigts eux-mêmes.

Quelques semaines après, M. Guermonprez communique à M. Berger une nouvelle observation d'ectropodie ou de pied en fourche. L'anomalie existait aux deux pieds. On voyait un avant-pied qui supportait des orteils formant une sorte de pied interne et un pied externe comprenant chacun deux métatarsiens. Là aussi il y avait des mouvements et une tendance à l'opposition.

Ces faits, dit M. Berger, ne sont pas positivement rares. Il rappelle celui cité par Morel-Lavallée en 1861, ceux de Giraldès, les observations de Houel, personnelles ou empruntées à Ménière, les études de J. Geoffroy Saint-Hilaire sur la di-

dactylie, une observation due à M. Guéniot et relatée dans la thèse d'agrégation de M. Fort.

M. Berger fait remarquer que l'ectrodactylie est plus commune que l'ectropodiecorrespondante et il relate le fait d'une double déformation qu'il a observée cette année.

Sans vouloir passer en revue les hypothèses émises sur la pathogénie de ces malformations, M. Berger se demande s'il ne faut pas quelque peu tenir compte des surexcitations du système nerveux, des impressions morales trop vives auxquelles peuvent se trouver exposées certaines femmes pendant leur grossesse et s'il n'y a alors aucune influence sur le développement régulier du fœtus.

M. Berger cite un autre exemple de malformation. Il s'agit d'une absence du radius au membre supérieur gauche.

Sur l'humérus il n'y a qu'un vestige du condyle, tandis que du côté du cubitus l'articulation est normale.

Hüber dans les Archives de Virchow en relate 5 ou 6 cas.

Revenant aux conclusions de M. Guermonprez qui s'était demandé si dans les cas de trausmatisme des trois doigts médians, il ne convenait pas de pratiquer la désarticulation des métacarpiens au lieu d'opérer dans la continuité, M. Berger pense qu'en agissant ainsi, on aggraverait l'opération, en s'exposant à la suppuration du carpe qui serait nécessairement intéressé. En outre le cinquième métacarpien acquerrait une mobilité anormale qui le ramènerait vers l'axe de la main et gênerait les mouvements. Il n'y a donc pas lieu, pense-t-il, de s'écarter des règles de la chirurgie conservatrice, dans les cas de traumatisme.

M. Guéniot dit que les impressions morales vives des femmes enceintes amènent dans la circulation utérine un trouble qui peut provoquer des hémorrhagies de l'œuf, etc., mais qu'il n'est pas admissible que la représentation idéale ou autre d'une conformation vicieuse puisse amener chez le fœtus ce même vice de conformation. Il faut, en outre, que ces perturbations se produisent au début de la grossesse.

M. Trélat fait remarquer que les cas d'absence du radius avec brièveté de l'humérus, insuffisance du nombre des doigts, sont moins rares qu'on ne le croit. Ce sont surtout les doigts externes sur le bord radial qui manquent.

M. Cras, membre correspondant, communique un travail *sur les avantages des ligatures antiseptiques portant sur la continuité des artères.*

Il relate trois faits personnels suivis de succès: l'un de ligature de la carotide primitive après hémorrhagie de la carotide interne; l'autre de ligature de l'iliaque externe pour un anévrysme de la fémorale; enfin un troisième de ligature de la sous-clavière à la suite d'un anévrysme diffus consécutif à une luxation récente de l'épaule. A ce propos, il discute les statistiques relatives aux faits de ce genre et insiste sur la valeur thérapeutique de la ligature de la sous-clavière.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN.

Séance du 11 août 1884. — Présidence de M. Jude Hue.

La Scrofule au quartier correctionnel de Rouen

Par M. Delabost.

(*Suite et fin.*)

M. Bouchard conseille surtout le lait, les œufs ; — le pain « qui donnera par surcroît ce qui fait le plus défaut dans l'organisme appauvri, la chaux et les phosphates. Et dans le même ordre d'idées, afin de pouvoir varier le régime sans modifier son caractère prédominant, il conseillera les légumineuses, les haricots, les pois, les lentilles, sans interdire d'ailleurs la viande ni les fruits, qui pourront être pris en quantité modérée. »

La quantité de viande reçue par chaque jeune détenu me paraît donc suffisante.

Les aliments contiennent, en substances albuminoïdes, ainsi qu'on pourra le voir dans les tableaux insérés plus loin :

	L'été.	L'hiver.
— Par semaine	845.55	783.42
— Soit par jour	120.79	111.91
Quantités équivalant à	18.58	17.21 d'azote.

Dans son « Etude de la question alimentaire, *Comment on se nourrit bien et à bon marché* » le D[r] Meinert demande pour des familles d'ouvriers aisés une moyenne de 100 à 120 grammes de substances albuminoïdes par tête et par jour, soit 16 gr. 66 à 20 grammes d'azote. D'après Playfair (*Régime journalier des travailleurs bien nourris*) les marins anglais reçoivent 16 grammes

d'azote par jour ; et suivant Morache, l'armée prussienne, en temps de paix, 16 gr. 40. Donc, sous ce rapport encore, je ne pense pas qu'il faille attribuer à l'alimentation des jeunes détenus une influence mauvaise dans la production des accidents qui font l'objet de ce travail.

Mais on ne se nourrit pas de chiffres, ni même de ce qu'on mange; on se nourrit de ce qu'on digère. L'azote et le carbone auraient beau se trouver en quantités convenables, si les aliments étaient mal préparés, indigestes ou de mauvais goût, la nutrition et la santé seraient assurément en souffrance. Or, la préparation et la qualité des aliments m'ont toujours paru très convenables Bien, souvent, lorsque je me trouve à la prison au moment d'un des repas, j'examine et je goûte les aliments; jamais je n'ai trouvé l'occasion d'une critique. Maintes fois, alors surtout que j'étais médecin d'un bureau de bienfaisance, j'ai vu chez d'honnêtes ouvriers, des repas qui, comme composition et comme préparation, étaient assurément loin de valoir ceux de nos jeunes détenus. A diverses reprises également, j'ai entendu des officiers, parmi lesquels je citerai le général Merle, visitant la prison et sa cuisine, exprimer le regret que dans les casernes les aliments ne fussent pas préparés avec les mêmes soins et la même propreté.

Il reste encore un point à examiner. Dans le travail que j'ai déjà cité, M. le professeur Bouchard indique la nécessité du rapport entre les différentes parties constituantes des aliments. « Le rapport entre la matière azotée et la matière ternaire doit être de un à cinq....... Jamais, dans aucune caserne, dans aucune prison, dans aucun hospice, dans aucun collège, la proportion relative de ces matières ne s'est élevée au-dessus de 1|4.02 ni abaissé au-dessous de 1|5.8. C'est l'instinct et l'expérience qui ont fixé ce rapport normal de 1|5 pour toute la zone tempérée. Souvent cette proportion est faussée ; il n'y a pas grand mal quand il ne s'agit que d'un écart accidentel ; mais quand l'écart est maintenu d'une façon habituelle et prolongée, on voit naître l'état pathologique. J'ai déjà cité le fait rapporté par Beneke, où, les pommes de terre ayant atteint un prix trop élevé, on leur avait substitué le riz, ce qui avait fait passer le rapport à 1|7 et même à 1|8. Le résultat fut l'apparition d'une endémie de scrofule aiguë dans l'établissement en question. Ce fait me semble être du plus haut intérêt et capable de jeter un jour nouveau sur les maladies des prisons, sur les maladies des pays pauvres, sur les maladies des pays à production agricoles peu variées ou à communications difficiles, sur les ma-

Tableau indiquant la composition des repas.

ÉTÉ (3 mois).												
	Viande crue.	Viande cuite.	(Légumes frais) choux, carottes navets, poireaux.	Haricots.	Carottes ou oignons.	Oseille verte.	Petits pois.	Riz.	Hattignolles.	Beurre.	Huile.	Graisse.
	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		gr.	gr.	gr.
Dimanche...	150	75	40	65	20	»	»	»	»	»	»	5
Lundi.......			50		30	30	150	30				22.50
Mardi.......			50	30	30	30			(3)			15
Mercredi....			50		30	30	180					22.50
Jeudi.......		50	50	65	50	30		30				20
Vendredi ...			50	150	30	30	30			24		
Samedi.....			50	180	30	30					20	15
Totaux par semaine...	150	125	340	490	220	180	360	60	(3)	24	20	100.00
HIVER (9 mois).												
	Viande crue.	Viande cuite.	Légumes frais.	Haricots.	Carottes ou oignons.	Oseille cuite.	Pommes de terre.		Hattignolles	Beurre.		Graisse.
	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.			gr.		gr.
Dimanche..	150	75	40		20		350					5
Lundi.......			70		30	10	400					22.50
Mardi.......			60	30	30	20			(3)			15
Mercredi ...			60	180	30	20						22.50
Jeudi.......		50	70		50	10	400					20
Vendredi...			60	180	30	10				24		
Samedi.....			70		30	10	400					22.50
Totaux par semaine..	150	125	430	390	220	80	1550		(3)	24		107.50

ladies obsidionales, sur les maladies des navigateurs, sur les grandes endémies alimentaires du moyen âge. Ce n'est pas toujours la famine, l'insuffisance absolue des aliments qu'il faut invoquer pour expliquer ces maladies ; c'est souvent le défaut de rapport entre les différentes parties de l'alimentation. »

La proportion indiquée comme nécessaire entre les matières albuminoïdes ou quaternaires et les matières ternaires existe-t-elle dans l'alimentation de nos jeunes détenus ?

Cette alimentation se compose de soupes délivrées aux repas du

Tableau indiquant la composition chimique des aliments donnés pendant une semaine.

	ÉTÉ				HIVER			
	Quantités	Albuminoïdes	Hydrocarbonés	Graisse	Quantités	Albuminoïdes	Hydrocarbonés	Graisse
	gr.				gr.			
Viande (1).......	300	52.50	»	30.00	300	52.50	»	30.00
Légumes frais....	340	4.98	26.29	0.56	430	6.30	33.25	0.71
Haricots.........	490	120.05	271.95	»	390	95.55	216.45	»
Carottes.........	220	2.86	21.56	0.44	220	2.86	21.56	0.44
Oseille..........	180	?	?	?	80	?	?	?
Pois.............	360	65.96	219.24	2.88				
Pommes de terre.					1550	31	330.85	4.65
Riz..............		4.02	46.20	0.30				
Hattignolles......	(3)		?	?	(3)	?	?	?
Beurre...........	24	»		20.40	24	»	»	20.40
Huile............	8			7.84				
Graisse..........	100	0.18		98.99	107.5	0.21		106.42
Pain	8750	595.00	4576.00	61.25	8750	595.00	4576.00	61.25
Totaux par semaine		845.55	5161.24	222.66		783.42	5168.11	223.87

(1) Les jeunes détenus reçoivent 150 gr. de viande crue et 125 gr. de viande cuite, désossée ; les os entrant environ pour 1/5, les 125 gr. de viande cuite équivalent à 150 gr. de viande crue ; c'est donc en réalité 300 gr. qu'ils reçoivent.

matin et du soir, et d'une pitance qui compose le repas du milieu du jour. Le pain est délivré à discrétion, mais la moyenne consommée chaque jour, par jeune détenu, est de 1250 gr., dans lesquels est comprise la quantité (0 k. 050 gr.) mise dans la soupe. Le dimanche il n'y a qu'une soupe dans laquelle on met 0 k. 070 gr. de pain

Les tableaux ci-dessus montrent : 1° les quantités de substances alimentaires entrant dans la composition des repas journaliers ; 2° leur composition chimique en albuminoïdes, graisse et hydrocarbonés.

La proportion des albuminoïdes :

	Pour l'été.	Pour l'hiver.
Aux hydro-carbonés seuls est de......	1/6.10	1/6.59
Aux hydro-carbonés et à la graisse, de ..	1/6.36	1/6.88

Ces proportions sont plus faibles que le rapport de 1/5 demandé par M. le professeur Bouchard ; devons-nous en conclure que c'est dans ce défaut de proportion qui réside la cause des manifes-

tations scrofuleuses signalées ? Je n'oserais le faire, pour diverses raisons. M. le professeur Fonssagrives (1) fait observer « qu'il faut mettre prudemment à côté des arrêts de la chimie, pour apprécier la valeur nutritive d'un aliment, le critérium de l'estomac qui distingue à merveille l'azote alibile de celui qui ne l'est pas ». Or, je n'ai jamais entendu les jeunes détenus se plaindre de leur nourriture, soit comme insuffisance, soit comme préparation, ni comme composition ; je dois faire remarquer, en outre, que, faute d'éléments pour en calculer la composition chimique, je n'ai pu faire entrer dans mes tableaux la valeur en albuminoïdes, hydrocarbonés et graisse, de l'oseille verte ou cuite, et des hattignolles qui sont données tous les mardis ; cette dernière substance renferme de la viande hachée, et doit augmenter, dans une certaine proportion, la quantité des albuminoïdes.

D'ailleurs, tous les physiologistes ne sont pas absolument d'accord sur les proportions nécessaires.

Tandis que M. Bouchard réclame 1/5, Voit exige pour des prisonniers adultes non soumis au travail manuel 1/3.88 ; et 1/4.71 pour le régime des prisonniers astreints au travail.

Mais Liebig parle de bûcherons, dont le régime, composé de pain, de farine, de graisse, peut-être aussi de lait et de fromage, comporterait les proportions suivantes : 1/8.92 et 1/8.02.

Dans une terre appartenant au professeur Ranke, les valets de ferme reçoivent, de temps immémorial, en farine et en graisse : albumine 143, graisse 108, hydrocarbonés 788, c'est-à-dire une proportion de 1/6.12.

Il y a, on le voit, de grands écarts dans ces évaluations sans qu'il paraisse résulter de ces différences de proportions des désordres graves dans la santé de ceux dont la proportion est la plus faible.

Ensuite, les expériences au moyen desquelles les chimistes ont établi leurs tables analytiques des substances alimentaires sont nécessairement faites avec des éléments variables ; aussi ne fournissent-elles pas toutes des résultats concordants ; ce qui semble indiquer qu'il ne faut pas attacher aux chiffres une importance par trop grande.

J'ai fait le calcul ci-dessus au moyen des tables renfermées dans un utile et intéressant travail du Dr Meinert (2) ; ils m'ont donné, ainsi qu'on vient de le voir, un chiffre de matières azotées :

(1) Art. Aliment., du *Diction. Encycl. des sciences médicales.*

(2) Etude de la question alimentaire. — Comment on se nourrit bien et à bon marché. — Trad. franç. par F. Timmerhans, major de l'infanterie belge. — 1883.

de — 845 gr. 55 pour la ration hebdomadaire d'été.
de — 783 gr. 42 — — d'hiver.

Les mêmes calculs faits au moyen des tables de Payen (1) m'ont fourni, en substances azotées :

— 970 gr. 72 pour la ration hebdomadaire d'été (2).
— 886 gr. 62 — — d'hiver (3).

En nous servant des mêmes chiffres que précédemment en ce qui concerne les substances hydrocarbonées et les graisses, nous aurions les rapports suivants :

Proportion des albuminoïdes :

	L'Eté.	L'Hiver.
	—	—
Aux hydrocarbonés seuls............	1/5.31	1/5.82
Aux hydrocarbonés et à la graisse......	1/5.54	1/6.08

Ces proportions se rapprochent, on le voit, de celle que fixe M. Bouchard.

Il me paraîtrait donc téméraire d'avancer comme un fait absolument démontré qu'un défaut de proportion entre les matières quaternaires et les matières ternaires a eu une influence certaine sur la production de la scrofule au quartier correctionnel ; mais il ne le serait pas moins de nier de parti-pris cette influence et de se tenir dans une quiétude et un statu quo inébranlables. — Il est assurément prudent d'être en éveil, et même de rechercher s'il ne serait pas possible de supprimer cette influence au cas où elle existerait réellement.

Dans mon mémoire sur l'alimentation rédigé en vue du congrès international pénitentiaire, j'écrivais ces lignes : « Chez les jeunes gens, à l'époque de la croissance, il s'opère dans l'économie des modifications profondes qui parfois se traduisent par des troubles de la santé, affaiblissement, pâleur, amaigrissement, apathie, essoufflement, etc. Le meilleur moyen de prévenir ces accidents ou d'y remédier consiste dans l'hygiène générale et alimentaire ; et il conviendrait, sans doute, de faire figurer dans leur régime le lait, les œufs, le poisson, qui introduisent dans l'économie, sous des formes facilement assimilables, les divers éléments, les sels, et particulièrement les phosphates terreux indispensables au développement du corps. »

(1) Des substances alimentaires, Paris 1853.

(2) Viande 58.49 — Légumes frais 6.80 , haricots, 124.85 ; carottes, .43 ; riz, 7.02 ; pois, 85.64 ; beurre, 0.99 ; pain, 682.50.

(3) Viande 58.49 ; légumes frais, 8.60 ; haricots, 99.37 ; pommes de rre, 33.84 ; carottes, 4.43 ; beurre, 0.99 ; pain, 682.50.

Aujourd'hui, m'appuyant sur les recherches ci-dessus, et sur l'autorité du professeur Bouchard, je reviens avec plus d'insistance sur ce sujet ; sans entrer dans la question des voies et moyens, qui n'est pas de ma compétence, je me bornerai à montrer par un exemple combien l'introduction de ces aliments, en substitution d'autres moins azotés, modifierait avantageusement le rapport des substances quaternaires aux substances non azotées.

En remplaçant, pendant la saison d'hiver, le tiers de la quantité de pommes de terre, délivrée chaque semaine.

	Album.	Hydro-carb.	Graisse.
soit 516 gr. contenant......	10.33	106.95	1.55
		Mat. extractives non azotées.	
— par 2 litres de lait......	82.64	92.96	72.30
et 2 œufs................	14.40		11.80
total.............	97.04	92.96	48.10

nous obtenons :

	Album.	Hydro-carb.	Graisse.
– au lieu des chiffres anciens.	783.42	5168.11	223.87
— les chiffres suivants,....	870.13	5153.12	306.42

Les albuminoïdes ont donc augmenté de près de 100 gr., tandis que les hydrocarbonés sont restés les mêmes, d'où résulte que la proportion des substances quaternaires aux hydrocarbonés seuls monte immédiatement à 1/5.92 au lieu de 1/6.59 et le rapport des albuminoïdes aux hydrocarbonés et à la graisse à 1/6.27 au lieu de 1/6.88.

Envisageant la question exclusivement au point de vue médical, je n'ai pas mission d'examiner s'il résulterait de cette substitution une augmentation du prix des aliments ; je dois seulement faire remarquer que, pour la nutrition, son avantage ne saurait être douteux.

Conclusions.

De l'étude qui précède, il résulte nettement que la scrofule, au quartier correctionnel de Rouen, reconnait une cause prédisposante certaine, indéniable, dans la constitution d'un bon nombre des jeunes détenus ; — prédisposition due, soit à l'hérédité, soit à la conduite et aux vices des sujets eux-mêmes. Quant aux causes déterminantes, elles sont beaucoup moins nettes ; — je n'aurai certes point la pensée de rejeter l'influence de quelques conditions particulières,

telles que certaines industries qui développent et font respirer des poussières, (comme la fabrication des brosses), la cellule de punition et peut-être la composition de l'alimentation ; mais je pense avoir suffisamment démontré, dans le cours de ce travail, qu'il ne fallait pas attacher à chacune d'elles isolément une importance trop grande. Ce n'est pas dans une cause unique, c'est dans l'ensemble de toutes les conditions d'existence, qu'il convient de chercher la raison du développement de la scrofule. A des sujets ou simplement prédisposés ou déjà en puissance de cette maladie, il faut un air sec et vif, la vie aux champs ou au bord de la mer.

Le climat pluvieux de Rouen, le travail d'atelier, l'internement entre les grands murs d'une prison renfermant une population considérable, voilà, suivant moi, la réunion des causes qui produisent et entretiennent les manifestations scrofuleuses dans cette jeune population ; le reste est accessoire ; en admettant, par exemple, que la composition des aliments puisse exercer une influence, je suis bien convaincu qu'elle n'aurait aucun effet nuisible chez des jeunes détenus vivant au grand air, dans la demi-liberté d'une colonie agricole.

La conclusion, dès lors, s'impose naturellement. Le remède est dans le changement d'air, de lieu, de mode d'existence. On sait les excellents résultats obtenus à Berck-sur-Mer dans l'hôpital où l'administration de l'assistance publique de Paris envoie ses scrofuleux. Parmi les nombreuses colonies pénitentiaires, n'en est-il pas au moins une qui offre des conditions favorables à la guérison de ces malades ? Je ne saurais répondre à cette question ; mais MM. les inspecteurs généraux qui, dans leurs inspections sont à même d'étudier les avantages et inconvénients généraux des établissements qu'ils visitent, désigneraient avec compétence la colonie qui leur paraîtrait le mieux répondre à ce besoin.

Et, de même que les colonies pénitentiaires déversent dans notre quartier correctionnel leurs sujets incorrigibles, de même notre quartier correctionnel enverrait à l'endroit désigné les scrofuleux dont il ne peut qu'aggraver l'affection. Dès les premières manifestations de la scrofule chez un jeune détenu, une demande serait adressée à l'administration pour ce transfert.

Il n'y a, je pense, dans la mesure que je propose, rien de sérieusement difficile ou d'incompatible avec les règlements administratifs, et j'ai l'espoir qu'elle recevra un accueil favorable.

Peut-être y aurait-il avantage à l'étendre aux sujets atteints de phthisie au début ou simplement menacés de cette affection ; le tuberculeux n'est, dans bien des cas, suivant l'expression du Dr Gran-

cher que j'ai déjà citée, qu'un scrofuleux achevé. Dans bien des rapports spéciaux, j'ai montré la fréquence et la gravité de cette maladie dans le quartier correctionnel de Rouen ; je n'ai pas à revenir actuellement sur ce point ; je me borne à faire remarquer, en passant, qu'un certain nombre des sujets qui y succombent aux ravages de la phthisie trouveraient peut-être la guérison dans une colonie où ils rencontreraient, non plus l'air vif et sec que je réclame pour les scrofuleux, mais un climat tempéré et surtout constant.

DISCUSSION.

M. CERNÉ pense que cet important travail serait heureusement complété par l'examen de quelques points : 1° comparer la proportion des scrofuleux des prisons avec celle des enfants de la ville, appartenant à la même classe ; 2° rechercher s'il se produit des manifestations pathologiques plus graves chez des enfants déjà scrofuleux, et si des accidents scrofuleux apparaissent chez d'autres jusque-là absolument indemnes.

En ce qui concerne la question du régime, il existe un aliment complet et parfaitement suffisant, comme on sait ; c'est le lait. Sa composition pourrait très approximativement nous donner les proportions à établir pour la *ration d'entretien*.

M. Delabost. D'après Liebig, les matières quaternaires et ternaires contenues dans le lait sont dans le rapport de 1 à 3.



Le Gérant: Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

4e Année. — T. VII. N° 21 23 Novembre 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

NOTES HISTORIQUES SUR LES ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA EN EUROPE.

Nous croyons être utile à nos confrères en leur présentant quelques notes sur les diverses épidémies qui ont parcouru l'Europe pendant ce siècle. Elles seront peut-être utiles à ceux d'entre eux — les jeunes — qui n'ont pas encore eu l'occasion de lutter contre le fléau. Quant aux aînés qui l'ont vu en 1832 et en 1849, ils ont peu à apprendre de nous. Nous pensons cependant qu'elles serviront à coordonner leurs souvenirs et à éta-

FEUILLETON

LE PARNASSE HIPPOCRATIQUE.

Mon cher Directeur,

Vous voulez bien me rappeler à notre muse, que nous avions abandonnée pendant ces six derniers mois. Vous me demandez surtout la note gaie pour combattre les tristesses du moment. Je fouille dans mes cartons; mais le choléra a tellement attristé nos poètes que je ne puis vous donner aujourd'hui que du sérieux.

Enregistrez donc d'abord deux sonnets de notre sympathique Camuset, en attendant qu'il nous présente ses œuvres poétiques complètes, annoncées depuis longtemps :

I. Le Tœnia.

Bien avant que Fourier rêvât le phalanstère,
Bien avant Saint-Simon et le père Enfantin,
Dans les retraits ombreux du petit intestin,
Le Solium déjà pratiquait leur chimère.

blir les quelques déductions qui résultent de l'expérience. Nous ne savons rien ou peu de chose sur le choléra, et les savants qui présentent le fléau sous la forme d'une virgule, d'un champignon ou d'un microbe ne nous offrent que des hypothèses dont nous ne devons pas désespérer cependant de saisir un jour le côté pratique.

Le peu que nous savons est dû à l'expérience du passé. Si l'on étudie avec soin la marche des épidémies, on arrive à quelques données qui ne sont pas sans importance. Voici les plus importantes :

1° Le choléra peut être considéré comme endémique en Europe depuis 1832, au même titre que la variole et la fièvre typhoïde. Il se présente tantôt sous la forme de cas isolés, plus ou moins graves, pour revêtir le caractère épidémique, sans que nous puissons expliquer jusqu'à présent les raisons qui le font passer de l'état endémique à l'état épidémique.

2° C'est toujours en automne ou en hiver que le choléra fait son apparition à Paris. Le développement épidémique de l'affection ne peut donc s'expliquer par l'élévation de la température, ainsi que plusieurs personnes semblent le croire. C'est au contraire en été que l'épidémie décroît et cesse (en ce qui concerne Paris).

Un cestoïde obscur, un simple entozoaire,
Avait constitué l'État républicain.
Martyr voué d'avance au remède africain,
Salut, fils du Scolex, pâle et doux solitaire !

Tes anneaux dont chacun forme un ménage uni.
Sur un boyau commun prospèrent à l'envi,
L'un à l'autre attachés, pas plus sujets que maîtres.

Oui, c'est un beau spectacle, et faut-il s'étonner
Si l'admiration me pousse à célébrer,
En vers de douze pieds, le ver de douze mètres ?

Syphilis

Spectre mystérieux, ô sombre Syphilis !
Tu marques tes élus d'un signe indélébile ;
Tu flétris la beauté sans la rendre stérile,
Et son sang désormais est fatal à ses fils.

3° L'expérience des épidémies antérieures semble donner raison à la théorie de Koch, qui affirme que le microbe cholérique aime l'eau et que l'humidité favorise son développement. Les épidémies se sont presque toujours développées en Europe, soit pendant les périodes froides et humides, soit dans les ports, soit en suivant le cours des fleuves.

4° L'expérience est encore plus affirmative en ce qui concerne les quarantaines. Les mesures de ce genre ont semblé jusqu'à ce jour favoriser l'extension du fléau plutôt que le restreindre. Qui ne se souvient de la terreur de l'Italie et de l'Espagne au mois de juillet et des mesures énergiques prises par ces deux nations? Le choléra les a cependant rapidement envahies, alors que la Suisse, qui avait laissé ses portes ouvertes, n'en a pas eu un seul cas.

Telles sont les quelques considérations que nous offrons à nos confrères. Ils verront, d'après les notes historiques qui suivent, si elles sont fondées.

Elles n'ont d'autre prétention que de présenter les faits sous leur véritable jour en les dépouillant de l'apparat théorique qui les entoure habituellement. Nous pensons qu'il vaut mieux avouer son ignorance que d'affirmer sans être suffisamment armé des preuves nécessaires.

L'Amour t'a fait surgir du sein des voluptés ;
Comme il craint la souillure, et qu'il descend du ciel,
Il a voulu créer un fléau solennel,
Pour se venger en Dieu de nos lubricités !

Toi, tu brûles le corps ; toi, tu rafraîchis l'âme ;
L'un souffle son poison ; l'autre épand son dictame ;
Mais, sans se révolter, l'homme adore ses fers ;
Car l'urne, qui parfois l'abreuve de souffrance,
Lui déverse, à pleins bords, l'ivresse et l'espérance.
Amour et Syphilis gouvernent l'univers !

— Nos hydrologues, au retour de leur saison, apprécieront sans doute la pièce suivante qui, sans être inédite, n'en mérite pas moins les honneurs du *Parnasse* :

CONTREXÉVILLE

Le goutteux sensuel, farci de sels uriques ;
Le vieux rhumatisant ; l'ami du fin Bordeaux ;

Épidémie de 1832. — Elle prit son origine dans l'Inde, à Jessore et à Patna, en 1817. Puis le mal, quittant les lieux où il règne d'une façon permanente, se répandit dans toute la province du Bengale et bientôt dans l'Inde entière, depuis l'Himalaya jusqu'à la Carnatique. De 1818 à 1821, il gagnait l'île de Ceylan, puis la presqu'île de Malacca, l'empire Birman : il entrait ensuite dans les îles avec les navires de commerce venant des pays infectés, allant à Sumatra, à l'île de France, à Java, à Bornéo, aux Célèbes, etc. Il traversait en même temps le golfe d'Oman et arrivait, en 1821, à Maskate, à la pointe de l'Arabie ; puis de là, suivait les bords du golfe Persique et pénétrait en Perse.

Après avoir parcouru l'Asie, le choléra, qui ravageait depuis longtemps la Perse et l'Afghanistan, se propageait dans la Boukharie en 1828 et, traversant, avec une caravane venue de Boukhara, les steppes de la Tartarie, pénétrait dans Orenbourg (1829). S'étendant à la Russie et à la Pologne, il ravageait bientôt le littoral de la Baltique, et partait ensuite de Hambourg, pour débarquer, le 4 novembre, 1831 à Sunderland, dans le nord de l'Angleterre. Le 27 janvier 1832, il arrivait à Edimbourg, et le 10 février à Londres. De la Grande-Bretagne il était porté par un navire à Québec, en juin 1832, et par un

Le sombre calculeux, aux affres néphrétiques,
Implorent à l'envi le secours de tes eaux.

Tous ces désespérés de l'humaine misère
Se traînent lourdement, comme des limaçons,
L'un râlant sa douleur, l'autre geignant sa pierre,
Et viennent se grouper autour de tes griffons.

Alors, la coupe en main, comme aux festins antiques,
On les voit se gorger des eaux béatifiques,
Que prescrit Esculape en termes solennels.

Nymphe de cette source, amèneras-tu l'heure
Où je pourrai suspendre, en quittant ta demeure,
Parmi les *ex-voto*, ma sonde à tes autels ?

Je trouve dans le livre que vient de publier le poète Parodi un joli sonnet dans lequel on remarquera une définition très anatomique de la virginité. Il est dédié à une messaline vierge :

autre à Calais, le 15 mars de la même année. Onze jours plus tard, le 26 mars 1832, il faisait son apparition à Paris.

A Paris, la maladie fit des ravages terribles. Dès le 9 avril, c'est-à-dire en quinze jours, elle atteignait son maximum : 814 décès, sur une population de 945,000 habitants. Elle dura six mois, faisant périr 18,000 victimes, soit une proportion de 2 pour 100 de la population totale. De là, elle s'étendit en France à cinquante-deux départements, causant la mort de plus de 100,000 personnes. Nous la suivons ensuite en Espagne (1833), en Suède (1834), en Italie (1836), en Bavière (1837), jusqu'à ce qu'enfin les différents foyers finissent par s'éteindre, ce qui laisse quelque répit à l'Europe.

Épidémie de 1849. — Pendant dix ans, quelques cas isolés désignés sous le nom de *choléra nostras* sont seulement signalés en Europe. Mais tout à coup le bruit se répand qu'une nouvelle et terrible épidémie sévit dans le nord de l'Inde et dans l'empire Birman. La rumeur se confirme et devient une horrible réalité : en 1846, la maladie a passé de l'Afghanistan en Perse et fait périr, à Téhéran, 12,000 personnes sur 60,000. Bientôt, après avoir passé par Bagdad et la Mésopotamie, elle arrive à la Mecque, où elle tue plus de 15,000 pèlerins sur 100,000;

Ton corps se meut gracieux
Et souple comme l'acanthe.
Es-tu vestale ou bacchante ?
Deux flammes sont dans tes yeux :
L'une éclaire et l'autre brûle,
L'une étoile et l'autre enfer :
Es-tu l'âme ? es-tu la chair ?
On approche et l'on recule.
De ton beau corps virginal
La chair est intacte et pure,
Mais ton âme est pourriture,
Astre au rayon infernal :
Et l'on te voit courtisane
A travers ta pureté :
Toute ta virginité,
Vierge, n'est qu'une membrane !

Enfin, je termine cette courte collection par une pièce vrai-

un autre courant se porte par la grande route militaire de Tiflis à Moscou, qu'il atteint en septembre 1847.

Le choléra qui, en 1831, était venu de Hambourg à Sunderland, part le 5 octobre 1848 de la même ville de Hambourg pour débarquer dans le nord de la Grande-Bretagne, qu'il infecte bientôt presque tout entière. Le choléra qui, en mars 1832, avait débarqué à Calais, venant d'Angleterre, débarque à Dunkerque le 20 *octobre* 1848, venant de la même Angleterre, et s'étend de là sur toute la France où il extermine, encore une fois, plus de 100,000 personnes. C'est un bataillon de chasseurs Afrique, parti de Douai où régnait l'épidémie, qui l'apporta à Saint-Denis, d'où elle arriva facilement à Paris, le 7 mars 1849.

L'épidémie de 1854 ne fut qu'une prolongation de celle-ci qui, mal éteinte, se réveilla en Russie et en Pologne, pour s'étendre de nouveau à presque toute l'Europe. En France, où elle se prolongea pendant deux ans, elle envahit 70 départements et tua 143.000 personnes. Le 27e régiment de ligne, envoyé d'Avignon en Afrique, l'importa en Algérie.

Epidémie de 1865. — Le choléra de 1865 nous vint de la Mecque, où il avait été apporté de l'Inde par les pèlerins. Ces malheureux mouraient par milliers. Ils se sauvent en

---

ment sérieuse. C'est un sonnet de Jules Vacher, dédié à Sully Prudhomme et intitulé :

L'Esprit et le Corps.

Deux forces sont en moi maîtresses de mon être.
Toutes les deux, quand l'aube a dégagé mon front,
De tous les noirs bandeaux que les ombres me font,
Toutes deux, à leurs lois, luttent pour me soumettre.

La matière d'abord l'emporterait peut-être,
Si l'esprit, qui jamais n'a souffert un affront,
Brusquement ne sortait de ce sommeil profond,
Où le corps harassé se repait de bien-être.

Longtemps sur le duvet du moelleux oreiller
Le corps, tout engourdi, voudrait bien sommeiller,
Se tordre et s'allonger sous la plume et la laine ;

Mais l'esprit, que poursuit l'âpre amour du devoir,
Si violemment en moi commence à se mouvoir,
Qu'il fustige mon corps et l'emporte à la peine.

Dr Minime.

masse à Djedda, sur la mer Rouge, où ils se ruent comme des furieux sur les paquebots en partance pour Suez. Après leur arrivée, 20,000 personnes moururent à Djedda. Le 19 mai arrive à Suez un premier navire chargé de 1,500 pèlerins : le 21, le choléra est constaté sur le capitaine du navire et sur sa femme. A dater de ce moment il se répand en Egypte, et bientôt rayonne d'Alexandrie sur les ports de la Méditerranée. Il entre en France par Marseille (25 juillet 1865), passe à Avignon, Toulon, Arles et arrive à Paris le 22 septembre. L'épidémie fut moins meurtrière que les précédentes, au moins dans la capitale. L'Italie, la Belgique, la Hollande, l'Autriche furent assez éprouvées.

Épidémie de 1873. — C'est au Havre, en septembre, que le choléra fit son apparition en France. Sans aucun préambule et au milieu d'un état sanitaire en apparence excellent, plusieurs centaines de cas se montrent en donnant une mortalité de 50 pour cent. Après avoir sévi pendant 15 jours au Havre, l'épidémie remonte la Seine, gagne Rouen pour arriver à Paris, selon son habitude, en octobre. La capitale fut peu éprouvée et ses habitants surent se garer de la panique qui semble s'être emparée d'eux cette année. En même temps qu'il sévissait au Havre, le choléra faisait de nombreuses victimes à Caen et dans d'autres villes de la Normandie.

Nous avons donné, dans la *Gazette Hebdomadaire*, un historique assez complet de cette épidémie que nous avions observée à l'hôpital du Havre et dont nous avons pu reconstituer la voie à travers l'Europe.

L'épidémie semble avoir passé d'Asie pour faire ses premières victimes à Vienne au moment de l'exposition universelle à laquelle elle fit le plus grand tort, puis elle fit quelques victimes en Allemagne et notamment à Hambourg. C'est de cette ville qu'elle fut importée au Havre par le steamer *la Germania.*

Épidémie de 1883 et de 1884. — Nous laisserons à nos successeurs le soin de faire l'historique de cette épidémie qui a gagné l'Europe en passant par l'Egypte où elle a fait plus de dix mille victimes.

Nous disions, l'an dernier, que, selon toutes probabilités, le choléra arriverait à Paris pendant l'hiver de 1883. Nous nous étions trompé d'un an. C'est en juin 1884 que le fléau fait son

apparition à Toulon, puis simultanément sur plusieurs points du territoire français, à Marseille, dans l'Hérault, le Gard, l'Yonne, l'Ardèche, les Pyrénées. Paris et Londres présentent des cas isolés jusqu'en septembre, où l'épidémie éclate décidément au nord de Paris, à Saint-Denis et à Aubervilliers pour s'étendre dans toute la capitale. Espérons que, de même qu'en 1865 et en 1873, le choléra ne fera qu'un court séjour parmi nous et que nous ne le verrons pas renaître au printemps.

REVUE CRITIQUE

—

LA PNEUMONIE EST-ELLE UNE MALADIE INFECTIEUSE ?

Par le Dr H. Barth.

La nature de la pneumonie lobaire franche est une question fort discutée. Jusque dans ces dernières années on la considérait comme une phlegmasie locale engendrée par l'action du froid. Seuls, quelques cliniciens, comme Marotte, Hirtz, Parrot, se demandaient si cette affection n'était pas une maladie générale, une pyrexie avec détermination sur le poumon. Cette opinion a été nettement affirmée par Fürgensen en ces termes : « La pneumonie fibrineuse est une maladie générale, non une maladie locale ; l'inflammation pulmonaire n'en est que le symptôme capital, et les phénomènes morbides, dans leur ensemble, ne sont pas suffisamment expliqués par l'état du poumon ; il faut admettre l'existence d'une cause morbide spécifique et classer la pneumonie parmi les maladies infectieuses. »

Cette opinion a rencontré de nombreux adversaires, en France surtout. Mais l'épidémicité, la transmissibilité de certaines pneumonies et l'existence dans le poumon malade d'un organisme particulier sont des arguments sérieux en faveur de la pneumonie, maladie infectieuse. — Des épidémies de pneumonie avaient déjà été signalées par Stoll, Grisolle, Bryson, Herr, Wynter Blyth, Hardwiche, Dahl.

En 1875 et 1876 Kuhn étudie une épidémie pneumonique qui sévit dans la prison de Morinz, en Hanovre. Elle atteignit 45 individus, dont 16 succombèrent. Elle se caractérisait par un début lent, des phénomènes nerveux graves, de la tuméfaction de la rate et de l'albuminurie. Comme complication, on trouvait de la péricardite, de la médiastinite, de la méningite. En 1877 et 1878 nouvelle épidémie, dont la mortalité fut de 14 0/0.

A Florence, pendant l'hiver de 1878, Bauti rapport une épidémie de pneumonie à caractères typhoïdes.

Citons encore les diverses épidémies observées par Loberg en Norvège 1879 (14 0/0 de mortalité); par Kergchensteiner au pénitencier d'Amberg (haut Palatinat) 1880 (mortalité 28,5 0/0), par Butry à Becherbach 1880 ; par Lostello dans les Indes (les soldats avaient traversé un district infecté par la peste bovine, 30 ou 40 hommes périrent en moins de quinze jours et les différents membres de la famille où logeaient les malades furent atteints) ; par Pentrert en 1881 à Reilhnordhausen (en 2 mois 40 cas sur 700 habitants : communication de la maladie des enfants à leurs parents); par Fürgensen et Scheefen 1881, à Lustnau (23 0/0 de mortalité); par Schmid à Zaug, en 1882 ; par Senfft à Erbenheim ; par Alison à Ablainville et Xermamont.

Dans ces épidémies nous voyons la pneumonie sévir sur plusieurs individus d'une même localité, d'un même quartier, d'une même maison, d'une même famille. Dans l'observation de Daly, on voit une série de six cas pneumoniques dans une même famille. — Toutes ces observations montrent au moins que « *certaines pneumonies peuvent présenter un caractère spécifique et infectieux.* »

Dans beaucoup de cas, la pneumonie se fait remarquer par des phénomènes généraux et fonctionnels et par de nombreuses complications ou plutôt de localisations sur divers organes. Les phénomènes généraux sont ceux des toxhémies : accidents nerveux graves, ataxo-adynamie, tuméfaction de la rate, albuminerie, ictère et quelquefois hémorrhagies diverses, diarrhée, affaiblissement de l'action du cœur. Ce sont les pneumonies asthéniques de Leichtenstein.

Quant aux complications, signalons la pleurésie qui est sou-

vent purulente, la péricardite, l'endocardite, la néphrite aiguë et surtout la méningite.

On ne saurait expliquer ces pneumonies par l'action seule du refroidissement, et on est entraîné à admettre qu'elles sont dues à la pénétration d'un agent morbide qui se reproduit dans l'organisme.

C'est cet agent, ce microbe qui a été recherché dans ces dernières années.

Klebs, en 1877, signale un microbe, *monas pulmonale*, qu'il a trouvé dans le contenu des bronches, du poumon hépatisé et dans la sérosité des ventricules cérébraux des pneumoniques.

Eberth, en 1881 découvre à l'autopsie d'une pneumonie avec méningite une quantité considérable de corpuscules arrondis ou ovalaires, tantôt isolés, plus souvent réunis 2 à 2. Ces diplocoques, animés de mouvements actifs, siégeaient dans les espaces sous-arachnoïdiens ; ils existaient aussi dans les poumons, la plèvre et les petites veines pulmonaires. Mais il retrouva ces diplocoques dans une foule de maladies diverses.

Koch trouve dans les alvéoles situés à la limite de la partie hépatisée des microbes analogues pour l'aspect à ceux de l'érysipèle.

Friedlaender, en 1882, affirme avoir constaté dans huit cas de pneumonie des micro-organismes aussi bien dans les exsudats fibrineux des bronches que dans des sections du tissu pulmonaire hépatisé et de la plèvre. C'étaient des *cocci* ellipsoïdes de 1 μ. environ de long sur 2/3 de large, habituellement unis 2 à 2, mais pouvant former des chaînettes par juxtaposition de plusieurs couples. Ils étaient formés d'une substance homogène et fixaient les couleurs d'aniline. On les voit disséminés dans les coagula bronchiques ; on ne les voit pas dans l'intérieur des cellules, dans les parois alvéolaires, dans celles des bronches et des vaisseaux, mais dans les voies lymphatiques du tissu interlobulaire.

Weiner constata des microbes elliptiques dans le liquide recueilli sur la surface de section d'un poumon hépatisé; Leyden dans la sérosité extraite avec une seringue de Pravaz, décrit des microbes ovalaires que son élève Mendelsohn trouve dans les crachats pneumoniques.

Mais Friedlaender prétend que ces microbes trouvés dans les crachats pneumoniques ne sont pas caractéristiques, et dans un mémoire paru en novembre 1883, il montre que le violet de gentiane, employé suivant la méthode Koch, décèle autour des microbes pneumoniques une sorte de coque, une capsule de mucine, d'aspect tout particulier. Ce microbe capsulé existe dans l'exsudat pneumonique et dans le liquide des épanchements pleurétiques ou pneumoniques qui accompagnent la pneumonie.

Un caractère distinctif est sa *culture en clou* (Nagelcultur). Si on ensemence, à la façon de Koch, sur de la peptone-gélatine une parcelle d'exsudat pneumonique, on voit se développer une masse blanchâtre qui s'élève au-dessus du terrain de culture en forme de dôme hémisphérique ; en même temps une traînée de granulations blanchâtres s'enfonce verticalement dans la gélatine jusqu'à une assez grande profondeur.

Ensemencé de nouveau, il reproduit la même forme de génération en génération. Cette substance blanchâtre est formée de diplocoques ellipsoïdes, dépourvus de capsule.

Pour Talaman, le microbe, qu'il a trouvé dans 25 cas de pneumonie, est lancéolé, en grains d'orge, long de 2 p. et large de 1 p.; cultivé dans le bouillon de Liebig il atteindrait 3 à 4 p. de long sur 1 1/2 p. de large ; il est isolé ou accouplé 2 à 2. Dans les cultures on obtient des séries de 6 à 10 grains et même des amas de zooglœa. Afanassiw a trouvé trois microbes, mais le plus important est le microbe ellipsoïde de Friedlaender.

Fraenkel reconnaît le microbe capsulé de Friedlaender; mais il indique qu'il peut présenter les caractères du microbe de la septicémie salivaire, découvert et étudié par Pasteur.

Pour Friedlaender il faut toute la série des caractères suivants : apparition des coques, culture claviforme, résultat positif des inoculations des animaux. — Si on ne les trouve pas toujours, c'est qu'il peut y avoir différentes espèces de pneumonies, liées à des microbes différents ou qu'au moment de l'examen ils ont cessé d'exister.

Il est toutefois certain que ce microcoque existe dans la pneumonie, comme on peut s'en assurer en suivant la technique de Friedlaender.

Des inoculations expérimentales sur les animaux furent sen-

ties avec des crachats pneumoniques par Kühn (1881), par Griffini et Lambria, par Salvioli et Zaeslein. Ces résultats sont contestables, malgré les conclusions affirmatives de ces deux derniers expérimentateurs.

Talaman a essayé d'inoculer le microbe lancéolé qu'il a découvert ; mais il n'ose pas encore conclure que ce microbe est le vrai générateur de la pneumonie.

Friedlaender, Emmerich, Afanasieu arrivent à trouver le même microbe capsulé dans les animaux qu'ils inoculent.

Quant aux expériences de Fraenkel, elles ne doivent pas être considérées comme affirmatives. Les lésions qu'il a provoquées sont celles de la septicémie.

La pneumonie paraît bien devoir être classée parmi les maladies infectieuses. Quel est le germe qui la détermine (coccus capsulé de Friedlaender, microbe lancéolé de Talaman, micro-coque assez mal défini de Fraenkel) ? Il est impossible, pour le moment, de répondre. — Mais la pneumonie n'est pas *une* ; il est plus rationnel de supposer qu'il y a des *pneumonies* comme il y a des angines. — Comme le laisse entendre M. Barth dans son intéressante revue, « il y a lieu de distinguer les *pneumonies simples et les pneumonies spécifiques*. — Dans la première classe on ferait rentrer les cas où la maladie se présente avec l'allure d'une fibri-phlegmasie, soit à la suite de l'action du froid sur le système nerveux, soit comme manifestation locale du rhumatisme ou d'une autre déathèse.— A la seconde classe appartiennent tous les cas de pneumonie épidémique qui ne sont que l'expression locale d'une infection capable de se traduire en même temps par des pleurésies, des péricardites, des endocardites, des méningites et même des néphrites aiguës, puis les cas où la phlegmasie pulmonaire est sous la dépendance d'une maladie générale, spécifique, telle que la grippe, la fièvre typhoïde, le typhus, la méningite cérébro-spinale, peut-être la peste bovine, telle encore que l'érysipèle, les fièvres éruptives et même la fièvre palustre. »

(*Revue des sciences médicales*. — Octobre 1884.)

Aug. BOURSIER.



REVUE D'HYDROLOGIE

—

DE LA SPÉCIALITÉ THÉRAPEUTIQUE DES EAUX DE BRIDES-BES-BAINS (SAVOIE).

A Mr le Docteur Lutaud, rédacteur en chef du *Journal de médecine de Paris.*

La vogue toujours croissante de nos Eaux que vous avez dû vous-même constater, l'année dernière, dans la visite que vous avez faite à nos Etablissements thermaux de Brides et de Salins, ainsi que l'invitation gracieuse que j'ai reçue de vous, m'engagent à vous adresser sur la *spécialité* thérapeuthique de nos Eaux quelques notes extraites d'un mémoire spécial sur le même sujet que j'ai envoyé, il y a quelque temps, à la Société de médecine de Paris dont j'ai l'honneur d'être membre correspondant.

Cette nouvelle étude me parait d'ailleurs d'autant plus opportune que nos Eaux de Brides sont moins exactement connues, surtout à Paris, où elles ne sont généralement appréciées qu'à un seul point de vue qui, heureusement pour nos thermes, est loin d'être le plus important. Désireux de rétablir la vérité scientifique sur la valeur réelle de nos Eaux, je vous apporte le résultat de vingt-cinq ans de pratique médicale, et je vous remercie sincèrement de vouloir bien m'aider, par la voix de votre excellent journal, à faire connaître à nos bienveillants confrères de Paris et de la France, la *vérité vraie* sur la spécialité thérapeutique des Eaux de Brides.

Les Eaux de Brides-les-bains (Savoie) sont des eaux thermales salines, *sulfatées*, *calciques*, *sodiques* et *magnésiennes* ; elles sont également légèrement *ferrugineuses* et *arsenicales.* Aménagées dans un bel Etablissement, qui a reçu d'importantes améliorations, depuis qu'il est devenu la propriété de la famille Blanc de Monaco, ces eaux s'administrent en boisson, bains, douches et étuves. Nous rappelons, en peu de mots, que nos eaux prises à petite dose sont *toniques* et *apéritives*, et qu'elles deviennent *laxatives* et *purgatives* à la dose de 4 à 8 verres ; elles produisent alors, peu de temps après leur inges-

tion, sans douleur et sans aucune fatigue, de nombreuses évacuations alvines, séro-bilieuses, en tout point semblables à celles produites par les Eaux de Carlsbad. Outre cette action purgative, qui est la *dominante* de nos Eaux, celles-ci jouissent encore, à un haut degré, d'une puissante action *diurétique*, d'autant plus développée, toutes choses égales d'ailleurs, que les effets purgatifs sont moindres. Malgré cette double action spoliative sur les intestins et les reins, les Eaux de Brides sont *toniques*, car elles favorisent d'une manière incontestable l'assimilation et la nutrition, en augmentant l'appétit et les forces. Cette action purgative et tonique, sur laquelle j'insiste depuis plus de 20 ans, a été d'ailleurs reconnue par le Dr Jules Lefort, membre de l'Académie de médecine, qui, à propos de mon rapport officiel sur nos Eaux, disait dans son mémoire à l'Académie, pour l'année 1874 : « Ce qui caractérise surtout ces Eaux, c'est l'union « officinalement inimitable de ses propriétés purgatives et toni- « ques. »

Cette propriété *toni-purgative* des Eaux de Brides permet de les administrer d'une manière continue pendant longtemps, puisqu'elles n'amènent aucune irritation ni débilitation, avantage immense sur d'autres eaux minérales purgatives, peut-être plus actives, mais trop concentrées et trop irritantes pour pouvoir en continuer l'emploi pendant plusieurs semaines de suite, comme les nôtres, sans inconvénient.

Examinons maintenant sur quel appareil et sur quels organes agissent principalement nos Eaux. A la suite de l'ingestion des Eaux de Brides, il se produit par la purgation et la diurèse, une véritable spoliation sanguine, surtout séreuse ; c'est une saignée *blanche* qui diminue la tension intra-vasculaire, et les pertes répétées de matériaux liquides de l'organisme amènent une véritable détente vasculaire abdominale, dont le retentissement se fait surtout sentir dans le vaste champ de la circulation de la *veine-porte*. Les Eaux de Brides doivent donc être considérées comme le *régulateur* de la circulation *veineuse abdominale* ; elles rétablissent, en effet, par leurs propriétés toniques et purgatives, l'équilibre si souvent instablé entre la circulation artérielle et la circulation veineuse abdominale.

L'organe qui bénéficie le plus de cette détente vasculaire

veineuse, sous l'influence des Eaux de Brides, est, sans contredit, celui qui est en relation la plus directe avec le système de la veine porte ; c'est, en effet, le *foie*, cet organe si important de sangnification et de dépuration. La pratique est ici d'accord avec la théorie. Il n'y a pas de doute, pour nous, que les Eaux de Brides ont une action *élective* certaine, sur les fonctions et conséquemment sur les affections hépatiques, car elles favorisent et augmentent la sécrétion *biliaire*, d'une façon remarquable, comme le prouvent surabondamment les évacuations noirâtres, verdâtres et poisseuses qu'elles produisent à l'instar de celles de Carlsbad, la disparition du teint bilieux, le réveil et l'augmentation de l'appétit et des forces, la régularisation des fonctions intestinales, etc.

Ce qu'il y surtout de précieux dans l'action de nos Eaux dans les maladies du foie, c'est le *relèvement* des forces, la *restauration* de l'organisme ; c'est là leurs *grande caractéristique* qui les rend souvent bien supérieures, dans ces affections, aux eaux minérales alcalines en général, et à celles de Vichy en particulier.

En effet, malgré les éloquents plaidoyers de mes honorables confrères, le Dr Durand-Fordel, Pupier et Lalanbie, il est généralement admis, dans le monde médical, que les Eaux *alcalines* de Vichy, dont je suis le premier d'ailleurs à reconnaître la haute valeur, sont *déplastisantes*, et produisent souvent une dépression profonde dans l'organisme, à la suite de la cure ; or, rien de semblable n'est à craindre par l'usage des Eaux thermales de Brides, qui sont des eaux *salines toniques* et *reconstituantes*. En effet, elles réussissent admirablement dans toutes les affections hépatiques qui sont accompagnées *d'une anémie profonde*, voire même de cachexie paludéenne ; leur action toni-purgative est ici bien préférable à l'action *dyalitique* des eaux alcalines, parce que, tout en désobstruant les viscères atteints, elles ménagent les forces organiques, et impriment à l'économie un mouvement salutaire de rénovation et de restauration. Ainsi les Eaux de Brides sont surtout indiquées dans les maladies du foie avec prédominance de l'anémie, dans toutes les affections hépatiques qui sont causées ou entretenues par un défaut de sécrétion de la bile, par le ralentissement de son cours, par la rétention et la stase biliaires,

dans la lithiase biliaire, les coliques hépatiques, les engorgements du foie (retour des Indes), contre les *indian fivers* que les Européens et les Anglais principalement rapportent des pays chauds et qui sont généralement compliquées d'anémie profonde et de cachexie miasmatique. Nos Eaux salines toni-purgatives de Brides agissent ici à l'instar des Eaux de Carlsbad et doivent être préférées aux eaux alcalines, comme je l'ai établi depuis longtemps. Aussi commençons-nous à hériter de la clientèle de Vichy, et, pour ma part, je pourrai citer bon nombre *d'hépatisants* qui ont abandonné Vichy pour adopter Brides qui, disent-ils, leur convient beaucoup mieux; plusieurs m'ont affirmé ne pouvoir plus supporter un à deux verres de la Grande Grille ou des Célestins, et les mêmes malades absorbaient sans la moindre fatigue six à huit verres d'Eaux de Brides. C'est la méthode *purgative* que nous employons ici de préférence ; la *douche ascendante rectale* constitue une partie importante du traitement ; les bains généraux et les douches sur l'hypochondre droit contribuent également à la résolution de la maladie.

Chaque année, nous obtenons de beaux succès dans les *maladies du foie* avec nos Eaux de Brides, comme le prouvent les nombreuses observations que nous avons relatées dans nos publications, et nous nous croyons autorisés à répéter que l'on devra préférer nos Eaux à celles de Vichy, dans ces affections, toutes les fois que l'indication des toniques et des reconstituants dominera celle des préparations dyalitiques et altérantes, c'est-à-dire, toutes les fois qu'il existera une rétention permanente de la bile avec engorgement du foie et altération notable des forces, de la crase sanguine et de la nutrition.

La pléthore veineuse abdominale, la vénosité de Braünn, l'état hémorrhoïdaire, l'engorgement de la rate, les fièvres intermittentes rebelles, les affections veineuses utérines, bénéficient, au même litre de l'action spoliative et tonique des Eaux de Brides (voir ma brochure sur l'action combinée des Eaux de Brides et de Salins dans les affections utérines, J.-B. Baillière et fils, 1880).

En est-il de même dans *l'obésité* ? C'est ce que nous allons voir. On a tellement exagéré l'action de nos Eaux contre l'obé-

sité, surtout auprès des médecins de Paris, qu'on ne les connait généralement dans la capitale que comme des Eaux spéciales contre cette infirmité ; or, c'est là une hérésie scientifique contre laquelle tout médecin sérieux doit réagir ; c'est ce que j'ai fait depuis longtemps, et je n'ai pas été isolé dans ma protestation. Dans son rapport général, sur les Eaux minérales, à M. le ministre du commerce, pour l'année 1879, le savant Dr Proust s'exprime ainsi (page 19) : « Le Dr Laissus « s'élève contre la spécialisation que l'on a voulu faire de l'em« ploi de ces eaux contre l'obésité. C'est là, dit-il, une erreur « scientifique ; les eaux de Brides sont des eaux reconstituantes « et elles guérissent l'obésité, si l'on y ajoute le traitement de « Banting. Cette opinion du Dr Laissus est très acceptable, et « il serait possible de l'appliquer à un grand nombre d'eaux « minérales.... ».

Cette opinion est toujours la mienne, et j'estime qu'après vingt-cinq ans de pratique médicale à Brides, je suis autorisé à l'exprimer de nouveau. En effet, nous avons vu que nos Eaux augmentent l'appétit, favorisent la digestion et la nutrition ; par leur usage, l'assimilation est plus parfaite, le teint se colore ; on se sent plus alerte et plus fort ; de plus, j'ai constaté, maintes fois, une *augmentation* du *poids du corps* , de 1 à 2 kilogrammes et plus, pendant la cure ; j'en possède plusieurs exemples dans mes registres d'observation. Nous sommes donc bien loin ici d'une cure de réduction, et il me semble que je puis répéter ici que les *Eaux de Brides employées seules, sans l'adjuvant* d'un *régime spécial*, sont bien loin de faire maigrir. Si, au contraire, l'action purgative de nos Eaux a pour auxiliaires une *alimentation insuffisante* ou un *régime spécial* tel que celui de Banting, de Chambers ou d'Ebstein, ainsi que un exercice forcé et de *fortes sudations*, il est certain qu'on aura pour résultat à Brides un allégement général et une diminution du poids du corps, comme à Marienbad, et probablement plus utilement que dans cette station allemande où l'on maigrit en perdant ses forces. Dans son examen critique du livre récent d'Ebstein sur l'obésité et son traitement, un médecin distingué de Lyon, le Dr H. Mollière, « déclare que « le traitement de cette infirmité par l'emploi des eaux miné« rales purgatives (Marienbad, Franzensbad Tarasp) est une

« méthode anti physiologique et fort dangereuse, parce qu'elle « donne souvent naissance aux troubles intestinaux les plus « graves et peut conduire rapidement certains sujets à la ca- « chexie. » (*Lyon médical* 16 et 20 décembre 1883). Rien de pareil n'est à redouter à Brides, dont les Eaux toniques sont conseillées avec succès contre la dyspepsie et l'affaiblissement des forces. On ne doit donc pas considérer les Eaux de Brides comme des eaux *fondantes* auxquelles rien ne résiste ; c'est là une légende qui a assez vécu ; tout ce que l'on peut dire, c'est que nos Eaux, sans avoir de spécialité contre *l'obésité*, sont utiles dans le traitement de cette infirmité, à la condition que l'on suive en même temps un *régime spécial* comme nous l'avons dit plus haut.

Tout le monde connait les affinités intimes qui existent entre l'estomac, le foie et les intestins qui, en définitive, ne forment qu'un appareil physiologiquement connexe ; de même, il est bien peu de maladies du tube digestif qui n'intéressent pas simultanément le foie ; on ne sera donc pas étonné de l'action salutaire de nos Eaux dans quelques maladies des voies digestives, telles que l'état *saburral*, l'état *gastro-bilieux*, les dyspepsies *atoniques* et *pituiteuses*, le *vertige stomacal*, la *constipation*, et en général, tous les dérangements chroniques de la digestion, ainsi que les affections vermineuses des enfants.

Les Eaux de Brides n'ont pas une action directe sur la circulation en général ; mais, pour peu que l'on réfléchisse aux relations anatomiques et physiologiques qui existent entre le foie, la veine cave et l'oreillette droite, on se rendra facilement compte des influences pathologiques réciproques du cœur sur le foie et vice-versâ, et connaissant l'action favorable, *élective* des Eaux de Brides sur la glande hépatique, on s'expliquera aisément l'amélioration et le soulagement qu'on pourra en obtenir dans certaines affections *cardiaques*, dans les dilatations *ventriculaire* du cœur droit, dans les palpitations et dilatations cardiaques que l'éminent professeur Potain attribue à la dyspepsie ou à une affection du foie et de l'estomac, dans les cas où il y a reflux du sang cardiaque sur la veine cave et les veines hépatiques, comme dans l'insuffisance de la valvute tricuspide. La déplétion vasculaire générale qui se produit à la suite de la purgation et de la diurèse par les Eaux de Brides expli-

que leur action favorable dans les congestions de l'appareil cérébro-spinal, ainsi que dans les congestions des autres organes, surtout s'il y a prédominance *veineuse*.

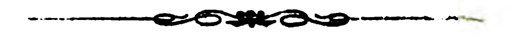
Nous avons vu plus haut que nos Eaux agissent fortement sur les reins ; il est toutefois prudent de maintenir cette excitation physiologique dans de sages limites. Quoique nos eaux n'aient pas la même valeur que les eaux alcalines dans les affections des voies urinaires, elles sont souvent utiles pour laver l'appareil rénal, pour entraîner les sables et poussières qui y prennent naissance, pour combattre les catarrhes chroniques de la vessie, l'engorgement de la prostate chez les vieillards. Dans les *diabètes albumineux* et *sucré*, nos eaux sont fréquemment indiquées, surtout lorsque *l'anémie* accompagne l'altération nutritive et qu'il y a besoin d'une médication tonique. Quoique nos Eaux ne possèdent pas de spécialité contre la *goutte*, elles sont souvent favorables dans cette maladie qui est fréquemment liée à la dyscrasie veineuse abdominale ; par leur action spéciale sur la circulation de la veine porte et sur la glande hépatique, elles dissipent les congestions du foie qu'on remarque souvent chez les goutteux, facilitent l'oxydation ou la combustion des matériaux destinés à la nutrition, activent l'assimilation, augmentent la sécrétion urinaire et l'élimination de l'acide urique, et peuvent ainsi, jusqu'à un certain point, empêcher, retarder ou au moins atténuer les crises goutteuses.

On a vanté également (Pétrequin et Socquet) les Eaux de Brides contre les maladies de la peau. Ce qu'il y a de certain, c'est que nos Eaux agissent ici comme tous les purgatifs généralement conseillés avec succès contre ces affections ; néanmoins, il ne faut pas oublier que nos eaux sont légèrement *arsenicales*, et il est certain qu'elles réussissent surtout très bien, et souvent mieux que les eaux *sulfureuses*, dans les affections cutanées, chez les personnes affectées de *pléthore veineuse*, abdominale, *d'arthritisme*, d'état *hémorrhoïdaire*, comme cela arrive fréquemment aux femmes parvenues à l'époque de la ménopause, aux hommes de cabinet qui mènent une vie trop sédentaire, aux personnes de l'un et l'autre sexe arrivées à l'âge de retour, à tous ceux, en un mot, chez qui la vénosité est prédominante.

On voit, par ce qui précède, que la véritable indication de nos Eaux correspond à la *pléthore veineuse* abdominale, et aux maladies qui sont sous sa dépendance. C'est surtout dans les affections du *foie* que nos Eaux possèdent la plus heureuse influence, et je ne crains pas d'affirmer de nouveau ici que Brides est le vrai Carlsbad français, et qu'il peut lutter à armes égales et souvent victorieusement avec la célèbre hydropole de Vichy : les *maladies du foie*, surtout lorsqu'elles sont accompagnées d'anémie, sont donc les tributaires directs de nos eaux, c'est là la *spécialité vraie* des Eaux de Brides-les-Bains. Cette action salutaire spéciale de nos eaux dans les affections *hépatiques* s'étend à celles du tube digestif dont les fonctions sont liées d'une manière si intime avec celles du foie, ainsi qu'aux maladies des viscères ou organes qui sont dominées par l'influence vasculaire de la veine porte. Donc, nous le répétons, en terminant, les Eaux toni-purgatives de Brides ont une action *spéciale* sur le système de la *veine-porte*, et sur les affections qui en dépendent, et notamment sur les *maladies du foie*.

Dr C. Laissus,

Ancien médecin inspecteur des Eaux de Brides-les-bains (Savoie) Inspecteur actuel des Eaux de Salins, Moutiers (Savoie).



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

—

La dilatation de l'estomac chez les enfants, par J. Comby. — Cette question, peu étudiée jusqu'à présent et qui avait fait l'objet d'un important mémoire du Dr Moncorvo (de Rio-Janeiro), publié l'an dernier, vient d'être traitée par J. Comby avec les développements qu'elle comporte. Son travail est basé sur quarante-trois observations personnelles qui y sont résumées.

En voici les conclusions :

La dilatation de l'estomac, bien étudiée chez l'adulte, surtout

depuis la vulgarisation du lavage stomacal, a été complètement négligée, pour ne pas dire niée, chez les enfants.

Cependant, chez l'enfant, plus encore que chez l'adulte, le tube digestif est la source de désordres multiples ; c'est l'axe autour duquel gravite toute la pathologie du nouveau-né, si l'on fait abstraction des maladies congénitales et héréditaires.

Un premier fait ressort de la lecture des observations : c'est que la dilatation de l'estomac chez les enfants est la compagne habituelle du rachitisme.

Cette association n'est pas fortuite ; il y a entre les deux maladies une relation de cause à effet : les troubles digestifs précèdent et préparent le rachitisme.

Les troubles digestifs et la dilatation de l'estomac sont eux-mêmes la conséquence d'une mauvaise alimentation ; toutes nos observations mettent bien ce fait en évidence.

Le début de la maladie est insidieux et ses allures sont celles des maladies chroniques.

Les signes physiques sont constitués par un développement exagéré du ventre, par du tympanisme et par un bruit de clapotage.

Les troubles fonctionnels se traduisent tantôt du côté de l'appareil digestif (dyspepsie), tantôt du côté du système nerveux (convulsions, insomnies), tantôt du côté de la peau (gourmes, urticaire), tantôt du côté des muqueuses (bronchites), etc.

Le pronostic est sérieux parce que la dilatation peut persister dans la seconde enfance et peut même s'étendre jusqu'à l'âge adulte, d'après quelques observations.

La cause unique de la dilatation de l'estomac chez les enfants est la mauvaise alimentation donnée aux nouveaux-nés : ce sont les enfants allaités au biberon, alimentés prématurément ou sevrés brutalement qui présentent surtout la dilatation de l'estomac.

Cependant, elle peut s'observer aussi chez les enfants nourris au sein, qui tettent trop ou trop souvent.

La prophylaxie se réduit à conseiller l'allaitement féminin toutes les fois qu'il est possible et à restreindre les prises de lait dans des limites raisonnables.

Il faut renoncer définitivement au biberon et à l'usage des féculents et autres substances indigestes.

Il faut réculer l'époque du sevrage et remplacer alors le sein par un régime approprié.

La dilatation une fois établie, on la traitera surtout par le régime : le lait pour les nouveau-nés, la diète sèche pour les enfants plus âgés.

Quelquefois on aura recours au lavage de l'estomac. (*Archives de Médecine*, août et septembre 1884.)

J. C.

Atrophie jaune aiguë du foie chez un enfant, par Hyla Greves. — Il s'agit dans ce cas d'un enfant de vingt mois, fort et bien portant, qui est pris, vers Noël, d'un léger ictère qui dure quelques jours et disparaît complètement. L'enfant se remet très bien et reste bien portant jusqu'au 23 février suivant. A cette époque, réapparition de l'ictère ; mais cette fois l'enfant semble plus malade. Admis à l'hôpital le 6 mars. Ictère généralisé ; le foie dépasse le rebord costal de 4 à 5 centimètres ; ni œdème, ni ascite ; une ou deux selles par jour, moulées, décolorées, fétides. On diagnostique un ictère catarrhal. Même état jusqu'au 11 mars : à ce moment, tendance à l'assoupissement ; l'enfant est plus grognon. A partir du 15, agitation considérable, grincements de dents, puis mouvements convulsifs du bras droit ; le foie est rapetissé, il ne dépasse plus les côtes ; douleur à la pression sur l'épigastre et la région hépatique. On songe alors à une atrophie aiguë du foie. Le 16, coma, dilatation des pupilles, etc., et mort le 18. La température, normale jusqu'à la veille de la mort, s'est élevée ce jour à 40° et a même atteint dans la nuit près de 43°, particularité qui est le trait le plus saillant de ce cas. Pas d'albumine, pas de leucine ni de tyrosine dans l'urine ; urée non dosée.

A l'autopsie, foie 300 gr., au lieu de 150, poids moyen à cet âge ; lésions ordinaires de l'atrophie jaune aiguë ; prolifération conjonctive assez marquée ; pas de dilatation des vaisseaux ni des canaux biliaires ; voies biliaires partout perméables. Au microscope, on constate que les canalicules sont, par places, obstrués par des cellules épithéliales en dégénérescence graisseuse. Stéatose rénale.

En somme, cas typique, mais intéressant en raison de la rareté de cette affection dans l'enfance, rareté telle que Niemeyer nie son existence chez les enfants et que West dit dans son livre ne l'avoir rencontrée qu'une fois. Ajoutons cependant que dans un relevé de 100 cas d'ictère grave, Wickham Legg a noté 7 cas au-dessous de 5 ans. Quant à l'étiologie, on n'a trouvé dans ce cas rien de satisfaisant, ni du côté des parents, ni du côté de l'enfant.

A propos de ce cas, l'auteur présente un très rapide exposé de l'état de la science sur l'ictère grave (*Liverpool medico-chirurgical Journal*, juillet 1884). J. C.

De l'urticaire comme cause d'avortement, par le Dr S. J. Radcliffe. — Voici l'observation sur laquelle s'appuie l'auteur pour conclure que l'urticaire pourrait bien être dans quelques cas une cause d'avortement. Il s'agit d'une femme de 36 ans, forte, bien portante, enceinte pour la troisième fois et arrivée au huitième mois de la gestation. Elle avait déjà fait un avortement à trois mois en 1881, sans doute pour avoir porté de trop lourds fardeaux. Le 22 juillet 1882 au matin, elle fut prise de vives douleurs lancinantes vers l'ombilic, avec de violentes nausées et des vomissements verdâtres survenant sans efforts. Son corps tout entier, depuis la tête jusqu'aux pieds, était couvert d'une éruption d'urticaire, surtout confluente à l'abdomen et au visage, qui était fort gonflé et d'un rouge intense. Le pouls était fréquent, la température élevée, la langue un peu sale; il y avait une légère constipation. Le Dr Radcliffe lui prescrivit un purgatif, du repos, puis une préparation dans laquelle entraient de l'opium et des alcalins. La malade se trouva un peu soulagée le lendemain, mais le 24 juillet elle accoucha avant terme d'une petite fille de huit mois. Telle est l'observation sur laquelle l'auteur s'appuie pour conclure que l'urticaire peut être une cause d'avortement. Il entre à cet égard dans de longues considérations sur la nature de l'urticaire, et il tâche de prouver qu'elle doit être regardée comme une névrose de la peau. Dès lors, dit-il, on comprend sans peine que le trouble nerveux qu'elle produit puisse retentir sur les organes internes et déterminer de graves complications. J'avoue ne pas comprendre ainsi la marche des phénomènes et ne pouvoir admettre qu'un

événement aussi fugace et aussi peu important qu'une poussée d'urticaire soit susceptible de produire un avortement. J'estime qu'il est bien plus plausible de penser que la cause, inconnue dans le fait précédent, mais que l'on aurait peut-être pu trouver si on l'avait mieux cherchée, qui a produit l'avortement, a produit également la poussée d'urticaire. Je sais qu'il y a souvent coïncidence d'urticaire et de troubles utérins chez la même personne; mais je ne sache pas que jusqu'ici on ait eu l'idée d'admettre que l'urticaire soit primitive et les troubles utérins consécutifs : tout le monde sait, en effet, que, dans ces cas, pour arriver à triompher de l'urticaire, il faut avant tout soigner l'utérus. (*Medical News*, 30 août 1884, p. 235.) L. B.

De quelques phénomènes nerveux qui s'observent chez les rhumatisants, par le Dr W. H. Hadden. — Le 10 octobre 1884, le Dr Hadden a fait à la Société clinique de Londres une importante communication dans laquelle il a relaté trois cas intéressants de rhumatisme. Dans le premier il s'agissait d'une femme âgée de 35 ans, qui fut prise, un an avant son entrée à l'hôpital, d'une attaque de rhumatisme articulaire de six mois de durée. Elle eut la jaunisse pendant six semaines après cette attaque. Un mois avant son admission à St-Thomas' hospital, elle eut des douleurs rhumatismales dans les genoux, dans le dos et dans les mains ; cependant, il ne se produisit nulle part de gonflement des parties douloureuses. Tous les doigts de la main droite étaient dans l'extension, la sensibilité était un peu diminuée à l'index et au médius. Elle ne pouvait fléchir ses deux doigts que très imparfaitement; mais les mouvements de l'annulaire et du petit doigt étaient beaucoup plus faciles. Elle ne pouvait arriver à écarter les doigts de la main droite aussi bien que ceux de la main gauche. Tous les doigts de la main droite étaient affilés, lisses, brillants : il y avait un certain degré d'atrophie des masses musculaires de l'avant-bras et des éminences thénar et hypothénar. La malade guérit rapidement par l'emploi des courants continus. — Le second cas était celui d'une jeune femme, âgée de 26 ans, qui avait eu du gonflement douloureux de plusieurs articulations, mais surtout des doigts de la main droite, pendant une semaine avant son admission. En même temps, elle vit se former des petites ulcérations superficielles, arrondies,

l'une sur la partie dorsale de l'articulation phalango—phalanginienne du petit doigt droit, l'autre sur la partie dorsale du médius gauche vers la matrice onguéale. Ces petites ulcérations étaient fort douloureuses et causaient de vives démangeaisons. Depuis six mois cette femme avait des troubles menstruels. — Le troisième cas était celui d'un homme âgé de 57 ans, qui souffrait d'une arthrite chronique rhumatismale depuis plusieurs mois. Le visage de ce malade manquait totalement d'expression ; le corps tout entier était raide avec une certaine inclinaison en avant. La peau des deux mains était lisse et brillante. Les extrémités osseuses articulaires des doigts étaient volumineuses, et il y avait de grandes déformations des jointures. Les articulations métacarpo-phalangiennes étaient dans la flexion, tandis que les doigts étaient dans l'extension forcée. Il y avait une anesthésie marquée des deux extrémités supérieures, du pied et de la jambe gauches. Les interosseux et les extenseurs des deux avant-bras étaient atrophiés. Ils répondaient encore à l'action des courants interrompus, mais avec beaucoup moins d'énergie qu'à l'état normal. L'extenseur gauche commun des doigts présentait la réaction de dégénéresce. Les réflexes cutanés et tendineux étaient exagérés. L'auteur fait remarquer, à propos de ces faits, que toutes ces altérations pourraient fort bien s'expliquer par l'hypothèse d'une propagation de l'inflammation articulaire aux cordons nerveux, mais il croit beaucoup plus plausible d'admettre l'existence d'une névrite rhumatismale indépendante. Il est d'ailleurs beaucoup plus tenté d'incriminer une lésion nerveuse périphérique qu'une altération de la moelle épinière. (*The British med. Journal.* 18 oct., 1884, p. 761. L.-B.



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le choléra : comment il se développe au Bengale, comment les Anglais le combattent. — L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE, par le Dr F. Roux, ex-chef de service de santé dans l'Inde, un volume, in-8° Paris, Steinel, 1884. Prix, 2 fr. 50.

Nous extrayons de cet ouvrage plein d'actualité et d'intérêt les lignes suivantes qui indiquent son but et sa portée :

« Depuis que le choléra a fait son apparition dans notre pays, on a pu lire un nombre considérable de travaux publiés sur cette maladie. On a assisté à des discussions sans fin et surtout sans résultats concluants. Les opinions les plus opposées ont été émises, si bien que l'attention du public a été fatiguée par tant d'affirmations contradictoires et qu'en somme la question n'a pas fait un grand pas.

Cela vient de ce qu'on a plutôt discuté d'après des théories préconçues que d'après des faits bien établis. Nous n'en possédons pas beaucoup, il est vrai, mais enfin, malgré leur petit nombre, il vaut encore mieux s'appuyer sur eux, pour chercher à établir la vérité, que sur des conceptions la plupart du temps fort vagues.

En bonne logique, n'était-il pas préférable de prendre le choléra dans le Bengale son berceau, et de l'y étudier soigneusement? Je le crois, et c'est cette conviction qui m'a fait entreprendre ce travail. Je suis resté deux ans à Chandernagor comme médecin du gouvernement et je crois être à même d'apporter dans la question si controversée du choléra des faits sinon curieux du moins consciencieusement observés. Jé ne m'en suis pas rapporté seulement à ma pratique personnelle, mais j'ai compulsé les rapports des médecins anglais au Bengale, rapports qui embrassent une période de dix années. Le lecteur aura donc ainsi le résumé de tout ce qui s'est publié dans l'Inde au sujet du choléra.

Je tiens à signaler ici le soin qu'ont pris les Anglais pour élucider une question aussi importante que celle du choléra qui est si peu connue chez nous. Ils ont porté dans leurs travaux cet esprit pratique et positif qu'on retrouve dans toutes leurs entreprises, et ils ont obtenu de magnifiques résultats. Le lecteur en jugera du reste et ne trouvera pas, j'en suis certain, que ces louanges sont exagérées. »

Le travail de M. Roux est ainsi divisé. — I. Causes du choléra au Bengale. La maladie au Bengale. — II. Moyens employés par les Anglais pour diminuer le fléau. — III. Les théories. — IV. Applications à l'épidémie actuelle.

Nous en recommandons vivement la lecture, persuadé que nos confrères en retireront grand profit. A. L.

Etude therapeutique des médicaments modernes, par le Dr Gomez de la Mata, 2e édition, traduite de l'espagnol, par le Dr A. Delétrez, et précédé d'une préface du Dr Lefebvre professeur de thérapeutique à l'Université de Louvain, in-8°, 300 pages. Paris, Baillière 1884.

Ce livre est un complément des ouvrages de thérapeutique classique ; il ne s'occupe absolument que des médicaments nouveaux qui n'ont pas encore pris droit de cité dans la thérapeutique, tels que le hoang-nan, le guaco, le lièvre des vallées, le maïs, le myrthol, le naphtol, la propilamine, le waldivia, etc... Toutes ces substances, en effet, ne peuvent être étudiées dans un manuel classique, car leur existence est souvent éphémère et combien d'entre elles dont nous aurons même oublié le nom à la fin de l'année. L'auteur s'est donc attaché à étudier ces substances découvertes récemment auxquelles il reconnaît une valeur scientifique ; il les analyse, en donne les doses et les indications rationnelles. Mais nous ferons remarquer qu'en dehors des substances que nous avons citées plus haut, nous trouvons l'apomorphine, le chloral, le coca, le muguet, la créosote, la duboisine, l'eucalyptus, l'iodoforme, le jaborandi, etc. Tous ces médicaments se trouvent étudiés d'une façon complète dans les ouvrages classiques modernes ; aussi était-il moins nécessaire d'en faire une étude séparée. Nous pensons que l'ouvrage eût gagné à être exclusivement limité à l'étude des médicaments nouveaux, ainsi que l'indique son titre. Nous sommes néanmoins heureux de reconnaître qu'il tiendra une place très honorable en thérapeutique à raison des indications nouvelles qu'il contient. P. R.

FORMULAIRE

Traitement du mal de dent

(The Medical Record).

Cire blanche..............	2 gr.
Acide phénique cristallisé. .	1 —
Hydrate de chloral.........	1 —

Faites fondre; lorsque le mélange est fait et encore chaud, plongez-y dedans de la ouate phéniquée, faites sécher ; on chauffe légèrement cette ouate au momentr de l'introduire dans la dent cariée.

—

Des injections hypodermiques d'iodure de potassium.

(Gille).

Le 13 janvier 1883, M. Ernest

Besnier a publié qu'il avait obtenu un très bon résultat des injections sous-cutanées faites avec l'iodure de potassium.

M. Gilles de la Tourette fait la même proposition ; il emploie cinquante centigrammes d'iodure de potassium par centimètre cube d'eau, lorsqu'il y a de l'intolérance ou bien lorsqu'il est nécessaire de faire pénétrer de l'iodure dans l'économie.

—

Formule contre l'alopécie en plaques

(Dr Fox).

Teinture de noix vomique.	15 gr.
Teinture de cantharides...	10 —
Glycérine..................	10 —
Vinaigre distillé...........	15 —
Eau de roses..............	180 —

Si les cheveux, examinés, montrent à leur base des spores, des parasites, on fera de plus un badigeonnage, le soir, avec :

Sublimé corrosif......	5 centigr.
Eau de roses.........	15 gram.

—

Gouttes apéritives

(Huchard).

Teinture d'écorces d'oranges amères...........	āā 4 gr.
Tenture de badiane.....	
Teinture de Baumé......	2 —

Filtrez. Dix gouttes, matin et soir, dans un verre à madère d'eau dix minutes avant le repas.

On peut associer l'arsenic à ce mélange en modifiant la formule suivante, à donner de même.

Teinture d'écorces d'oranges amères................	4 gram.
Teinture de noix vomique	3 —
Teinture de badiane.....	2 —
Liqueur de Fowler.......	1 —

Filtrez.

VARIÉTÉS

—

Faculté des sciences de Paris. — Par arrêté ministériel, en date du 6 novembre 1884, la chaire de chimie organique de la Faculté des sciences de Paris est déclarée vacante.

Concours. — Par arrêté ministériel, en date du 6 novembre 1884, le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1884, devant la faculté de médecine de Paris pour deux emplois de suppléant des chaires de pathologie et de cliniques internes, l'un à l'école de plein exercice de médecine et pharmacie de Nantes, l'autre à l'école préparatoire de médecine et pharmacie de Caen est reporté au 15 février 1885.

— M. le docteur Mallez commencera un cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, le jeudi 27 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, rue de l'École-de-Médecine, 15, pour le continuer les jeudis suivants, à la même heure. Projections photomicrographiques d'anatomie pathologique.

— Nous apprenons la réapparition du *Courrier Français* de célèbre mémoire, transformé en journal hebdomadaire, illustré par une réunion de nos plus spirituels dessinateurs. Le prix du numéro est de 20 c. l'abonnement 10 fr. par an. Chaque numéro doit contenir 4 pages de dessins originaux, ayant chacun une valeur réelle. On peut donc ainsi,

pour 10 fr. par an, se faire une petite galerie de plus de deux cents gravures à encadrer. Les deux premiers numéros seront envoyés gratis aux abonnés qui en feront la demande à la direction du *Courrier Français illustré*, 14, rue Séguier, à Paris.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 *novembre* 1884. — Présidence de M. ALPH. GUÉRIN.

Présentation d'instrument. — M. L. LABBÉ présente, de la part de M. le Dr Chéron, un nouveau modèle de galvano-cautère.

Nécrologie. — M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. le Dr Saucerotte (de Lunéville), correspondant de l'Académie depuis 1834.

M. le président annonce également que l'Académie, dans sa prochaine séance, nommera un vice-président en remplacement de Fauvel.

Notice sur Fauvel. — M. BERGERON : M. Fauvel ne voulait pas qu'il fût prononcé de discours sur sa tombe, estimant que l'heure de la justice n'était pas sonnée pour lui. Il demandait seulement que ses amis MM. Gueneau de Mussy, Roger et Bergeron lussent à l'Académie une note dans laquelle seraient rappelés ses travaux et ses titres au bienveillant souvenir de la Compagnie. C'est ce devoir pieux que M. Bergeron vient remplir aujourd'hui.

L'orateur dit le beau rôle joué par Fauvel pendant qu'il était médecin sanitaire à Constantinople et la hauteur de vue avec laquelle il a rempli sa mission, les services qu'il a rendus à l'empire ottoman, en organisant ses institutions sanitaires, et à l'Europe tout entière. M. Bergeron rappelle l'importance de la mission remplie par Fauvel à la conférence de Constantinople, à la conférence de Vienne et dans les divers congrès d'hygiène, puis il termine en parlant de ses qualités du cœur, de son patriotisme et de son désintéressement. (Applaudissements.)

Des injections intra-veineuses dans le choléra. —

M. Hayem a été conduit par l'étude analytique des symptômes du choléra à rechercher la valeur des injections intraveineuses dans cette maladie. La formule de l'injection employée par M. Hayem est la suivante :

Eau distillée.	1 litre.
Chlorure de sodium pur. . . .	5 grammes.
Sulfate de soude.	10 —

M. Hayem injecte 2 litres à 2 litres et demi à une température de 38°, dans un espace de 12 à 15 minutes.

Chez les alcooliques, les vieillards, chez les personnes débilitées, les résultats n'ont pas été bons ; la température chez ces malades, est descendue à 35°, 32° et quelquefois à 30°. Au contraire, chez les individus non alcooliques, chez les enfants, la réaction est franche et les malades entrent en suite en convalescence.

M. Hayem a vu environ 200 malades atteints du choléra. La transfusion a été faite une centaine de fois; sur ce nombre 20 cholériques ont guéri, 5 autres sont en observation. Tous les malades chez lesquels il n'y a pas eu transfusion ont succombé.

Du chlorhydrate de cocaïne. — M. Panas fait une communication sur ce médicament employé depuis quelques semaines en chirurgie oculaire pour anesthésier la conjonctive et la cornée sans anesthésie générale.

Cette substance est connue chimiquement depuis 1859. En 1862, un médecin a remarqué qu'en mettant un peu de ce sel sur la langue on la rendait insensible.

La solution employée est à 5 %. Après trois instillations faites de cinq en cinq minutes, on rend la cornée et la conjonctive complètement insensibles. Pour l'opération de la cataracte par exemple, on peut, sans provoquer aucune douleur, appliquer le blépharostat et pincer la conjonctive avec a pince à fixation ; la douleur se manifeste lorsqu'on touche l'iris.

Comme phénomènes accessoires, M. Panas rappelle la pâleur de la conjonctive, l'écartement des paupières et la fixité du globe.

Quand l'œil est enflammé, les résultats ne sont pas les mê-

mes. M. Panas a fait des instillations de cocaïne pour pratiquer la péritomie dans des cas de pannus, mais dans ces cas on n'obtient pas l'anesthésie, même en répétant les instillations pendant une heure et demie. La strabotomie est douloureuse au moment où on coupe le muscle.

Ce nouveau médicament est donc une conquête précieuse; il est précieux pour les opérations de cataracte, pour l'extraction des corps étrangers de la cornée.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle que cette action anesthésiante est également marquée sur toutes les muqueuses; on peut ainsi faire disparaître les douleurs des laryngites; on peut également faire disparaître les douleurs de l'estomac quand on injecte directement la cocaïne dans cette cavité. De plus chez les morphinomanes on peut faire des injections sous-cutanées avec la cocaïne qui donne les mêmes résultats au point de vue de l'atténuation des douleurs.

M. C. Paul rappelle l'action mydriatique de la cocaïne, action beaucoup plus passagère que celle de l'atropine et qui indique l'emploi de ce médicament lorsqu'on veut simplement pratiquer un examen ophthalmoscopique.

A 4 heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Guéniot sur les candidats à la place vacante dans la section d'accouchements. Ils sont présentés dans l'ordre suivant. En 1re ligne M. Charpentier; en 2e ligne M. Pinard; en 3e ligne M. Budin; en 4e ligne M. Ribemont-Dessaignes; en 5e ligne M. Martineau.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 *novembre* 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Ectrodactylie. — M. Nicaise, à l'occasion du rapport fait par M. Berger dans la dernière séance, montre deux pièces relatives à des exemples d'ectrodactylie, et qui ont été recueillies à Clamart.

Hernie inguinale congénitale étranglée. — M. Polaillon fait un rapport sur une observation adressée par M. Dubourg (de Bordeaux) et dans laquelle il s'agit d'un enfant de quatorze ans atteint d'une hernie congénitale avec ectopie testiculaire, qui s'étrangla brusquement après un repas. Un

léger taxis resta sans résultats. Les vomissements apparurent deux heures après. Treize heures après M. Dubourg procéda à l'opération. L'enfant fut endormi. Sous l'influence du chloroforme, le taxis fut essayé de nouveau avec beaucoup de modération et resta également sans résultat. Une incision fut faite; arrivé sur le sac, M. Dubourg put constater l'aspect bilobé de la tumeur qui était ainsi divisée en deux parties par une bride extérieure au sac. Cette bride ayant été sectionnée, la réduction fut faite sans ouverture du cac. Suture, pansement de Lister, guérison. Le testicule était atrophié et en ectopie. La hernie était en contact avec lui.

M. Dubourg a pensé qu'il valait mieux réduire sans ouvrir le sac. M. Polaillon aurait préféré l'ouvrir et procéder à la cure radicale de la hernie en faisant la résection du sac, une suture profonde et une suture superficielle. M. Dubourg, en effet, n'a pu ainsi s'assurer de l'état de l'intestin.

M. Berger. Dans ces cas de hernie congénitale étranglée, il importe de faire un taxis très modéré. Il est vrai que ces hernies, quand elles se compliquent d'ectopie inguinale du testicule, ne se réduisent pas habituellement par le taxis; néanmoins M. Berger possède plusieurs exemples de réduction par un taxis modéré, mais assez longtemps prolongé sous l'influence du chloroforme. Il pense donc que dans le cas de M. Dubourg les tentatives de taxis auraient pu être soutenues plus longtemps.

Relativement à la question de la cure radicale de ces hernies, M. Berger fait observer que c'est une opération souvent difficile dans laquelle on s'expose à léser l'artère spermatique et à déterminer une gangrène du testicule.

M. Richelot aurait été d'avis d'ouvrir le sac. Il cite un cas de ce genre où la hernie paraissait complètement réduite quand, ayant ouvert le sac, on vit qu'il contenait une longue anse d'intestin. En outre, M. Richelot profite toujours, dans ces cas, de l'opération de la hernie étranglée pour en faire la cure radicale. Il n'a jamais eu la moindre difficulté à disséquer le sac inguinal. Quand on ne peut le réséquer complètement, il faut tout au moins en réséquer le plus possible.

M. Lucas-Championnière dit qu'il y a des cas où cette dissection du sac est très difficile ; il en cite un où il a dû couper le canal déférent et, par conséquent, enlever le testicule. Le malade a d'ailleurs très bien guéri et n'a pas été obligé de porter de bandage : dans ces cas, M. Lucas-Championnière

a toujours fait la cure radicale de la hernie. Il ajoute que la valeur de ces testicules en ectopie est très contestée, et que, par conséquent, on est parfaitement en droit de les enlever.

M. Nicaise admet que, dans certains cas, la cure radicale est un opération difficile et dangereuse. Il cite l'exemple d'un jeune homme, porteur d'une hernie inguinale étranglée,avec un sac énorme ; M. Nicaise voulut entreprendre la dissection de ce sac et en faire la suture au niveau de l'anneau ; cela ne fut pas possible; il dut laisser le sac en place, et, au moyen de six points de suture superposés, constituer une sorte de barrière avec le sac lui-même ; il plaça un drain après avoir fait la réunion de toute la partie du sac en dessous de l'anneau. La hernie ne reparut pas et le malade a bien guéri, tandis que les opérations habituelles de cure radicale sont presque toujours suivies d'une récidive.

Hystérotomie.— M. Terrier communique une nouvelle observation d'hystérotomie ; il s'agit d'une femme ayant eu des crises douloureuses comparables à celles de l'accouchement, des poussées péritoniques, dont le ventre mesurait 114 centimètres de circonférence. L'utérus était fixé derrière le pubis en haut et en avant. Une ponction exploratrice a donné deux litres de liquide et a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur utéro-cystique.

L'opération présente de grandes difficultés à cause des nombreuses adhérences. La tumeur dut être enlevée à l'aide de deux broches placées en croix et de l'appareil Cintrat. On craignait d'avoir pris l'uretère droit dans l'anse ; c'était la trompe hypertrophiée.

Quinze jours après l'opération, il y eut des accidents fébriles et l'urine s'écoula par la surface du pédicule ; il y eut une suppuration abondante du pédicule et l'on sentit une tumeur dans le flanc gauche. On pensa qu'il s'agissait d'un abcès périnéphrétique en communication avec le pédicule utérin. Une sonde à demeure fut placée, on fit des injections antiseptiques. L'état général est excellent ; mais combien de temps cette malade devra-t-elle garder sa sonde à demeure ?

Corps fibreux intra-utérin.— M. Pozzi montre un corps fibreux ou polype qu'il a récemment énucléé de l'intérieur de la cavit utérine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 octobre 1884.

Présidence de M. DELTHIL, Vice-Président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend, outre les publications périodiques ordinaires :

Le programme de la réunion des Sociétés savantes en 1885, *à la Sorbonne* (Envoi de M. le Ministre de l'Instruction publique); — la *Revue d'hydrologie et climatologie des Pyrénées* ; — la *Gazette médicale de Picardie* ; — les *bulletins de la Société centrale vétérinaire* (sur lesquels M. Mathieu est chargé de faire un rapport); *Troix travaux* pour le prix biennal décerné par la Société. Commission : MM. Duchesne, Michel, Gigon, Weber, Danet, Gillet de Grandmont, secrétaire général, Bouloumié.

M. LARRIVÉ, qui avait eu l'honneur de représenter la Société à l'Association française pour l'avancement des Sciences, s'excuse de n'avoir pu assister à la fin du Congrès, rappelé à Paris par des affaires de famille ; mais avant de quitter Blois, il a pu s'assurer que la Société de médecine pratique était largement représentée et par de ses membres les plus autorisés. Il tient à féliciter notre sympathique vice-président, M. Delthil, de l'accueil qui lui a été fait dans son pays, aussi bien par les habitants de la région que par les étrangers, accueil qui s'adressait d'ailleurs à l'homme et au médecin.

M. DELTHIL remercie M. LARRIVÉ des paroles flatteuses qu'il lui adresse, et signale la présence au Congrès de MM. Weber, Mallet, Limousin, Catillon, membres de la Société de médecine pratique.

M. GILLET DE GRANDMONT donne lecture de deux travaux de M. le Dr AUGÉ, de Pithiviers : Tumeur ganglionnaire du médiastin, — luxation ischiatique du fémur, — envoyés par l'auteur à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. (Commission : Guillon-Michel, rapporteur).

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire annuel,
Dr LARRIVÉ

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

4e Année. — T. VII. N° 22 29 Novembre 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

LES ÉTUDES GYNÉCOLOGIQUES EN FRANCE. — LA SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

Il y a quelques années un de nos maîtres éminents qui a bien voulu, depuis, accepter une part importante dans la direction du *Journal de Médecine de Paris*, écrivait les lignes suivantes dans la Préface d'un livre aujourd'hui devenu classique (1) :

« Dans les pays qui nous environnent on a compris que les efforts individuels sont le plus souvent insuffisants pour assurer le progrès, et on a eu recours à l'*Association*, ce puissant levier des temps modernes qui multiplie les forces et rend les plus modestes efforts souvent efficaces.

On a fondé des Sociétés d'*obstétrique* te de *gynécologie*, puis des journaux qui ont vulgarisé les travaux des membres de ces Sociétés. En France, nous n'avons pas encore de Sociétés semblables, — peut-être ne tardera-t-il pas à s'en fonder une, — mais grâce aux efforts combinés de mes honorables et savants amis MM. *Courty*, *Pajot* et *Leblond*, nous avons pu réunir un groupe imposant de confrères amoureux de l'étude et du travail, avec la coopération desquels nous avons créé, il y a quatre ans, une revue mensuelle dont je n'ai pas besoin de faire valoir le succès incontesté. Avant même que ce succès fût acquis, nous savions que l'idée était bonne, car *la concurrence* s'en était aussitôt emparée et le premier numéro de nos *Annales de Gynécologie* n'avait pas encore paru que l'on annonçait la publication simultanée d'un autre recueil traitant des mêmes matières. Nous sommes loin de nous plaindre, mes amis et moi, de cette concurrence, car elle entretient parmi tous les travailleurs une émulation qui ne peut que profiter aux progrès généraux de la science. Nous devons, au contraire, nous féliciter de ce que, nous étant réunis pour combler un vide de la littérature médicale en fondant une revue de gynécologie, nous avons pu obtenir ce résultat inespéré et provoquer du même coup la publication de deux journaux consacrés à l'obstétrique et aux maladies des femmes. »

(1) Gallard. *Leçons sur les maladies des femmes*, 2e édition, p. 76. 1879. Nous aurons prochainement à analyser la 3e édition de cet ouvrage.

On le voit la création d'une société de gynécologie était déjà pressentie et désirée il y a longtemps. Mais les choses ne vont pas vite en France et il faut souvent des années pour mener à bonne fin les œuvres les plus simples et les plus utiles.

Nous sommes heureux d'annoncer aujourd'hui à nos lecteurs que la *Société d'obstétrique et de gynécologie* est fondée. Grâce à l'initiative d'un certain nombre de confrères parmi lesquels les directeurs du *Journal de Médecine* peuvent être modestement cités, grâce surtout à l'autorité et à la persévérance de M. le professeur Pajot, qui a su conduire à bonne fin certaines négociations délicates, les statuts de la nouvelle société ont pu être définitivement arrêtés dans une réunion tenue à la Faculté le 21 novembre dernier. Le Bureau a été ainsi constitué : Président, M. Pajot; premier Vice-Président, M. Alphonse Guérin ; deuxième Vice-Président, M. Gallard ; Secrétaire général, M. Charpentier; secrétaire annuel, M. Auvard ; trésorier, M. Pozzi.

Il n'est pas téméraire d'affirmer que sous de tels auspices, la nouvelle Société prendra rapidement une place importante et contribuera pour une large part à élever en France le niveau des études obstétricales et gynécologiques.

A. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : ÉLECTION D'UN VICE-PRÉSIDENT ET D'UN MEMBRE DANS LA SECTION D'ACCOUCHEMENTS. — FIN DU CHOLÉRA.

A l'Académie, il y a toujours de la gloire à triompher, même quand le triomphe n'est pas rehaussé par le péril : c'est le cas de M. Charpentier, qui a été nommé à la presque unanimité — chose très rare — membre de la section *d'accouchements, maladies des femmes et des enfants*. Comme homme et comme savant, le nouvel élu méritait certainement un pareil succès ; mais, tout en applaudissant à sa nomination, il nous sera peut-être permis de regretter que la gynécologie, si peu représentée dans la section, n'ait été encouragée dans cette circonstance que par troix voix.

Par suite du décès de M. Fauvel, l'Académie avait à élire

un vice-président qui, dans quelques semaines, succédera à M. Alph. Guérin : M. Jules Bergeron a été nommé, comme M. Charpentier, à la presque unanimité des voix.

En appelant M. Bergeron au fauteuil de la présidence pour 1885, l'Académie a voulu récompenser non pas seulement l'ancien secrétaire annuel si zélé et si littéraire, mais surtout l'homme dévoué à la science et à la profession et dont la dignité de caractère et la haute honorabilité ont fait une des premières notabilités de la corporation médicale. C'est là le digne couronnement — puisque le terme est consacré — d'une carrière qui, à en juger par la verdeur remarquable du nouveau président, lui, promet encore de longues années.

— On peut aujourd'hui considérer Paris comme complètement débarrassé du choléra : l'épidémie aura donc été des plus bénignes. Nous espérons néanmoins que l'Administration, qui a déployé pendant cette dernière quinzaine une activité des plus louables, ne s'en tiendra pas là et prendra des mesures énergiques d'assainissement afin de nous mettre à l'abri d'un retour offensif du fléau au printemps prochain.



REVUE PROFESSIONNELLE

—

DE LA CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

Mon cher Rédacteur en chef,

Vous avez l'obligeance de me demander quelques lignes sur la *caisse des pensions de retraite du corps médical français*, caisse qui fonctionne depuis sa première assemblée générale. Je vais faire de mon mieux pour répondre à votre désir : si je ne réussis pas à convaincre les lecteurs du « *Journal de médecine de Paris* » qu'en devenant adhérents à cette caisse, ils font une affaire personnelle excellente, du moins aurez-vous eu le mérite d'offrir votre large publicité à une œuvre qui appelle l'attention de tous les médecins de nationalité française.

L'assemblée générale constitutive a tenu séance le diman-

che 19 octobre : ce jour-là la caisse des pensions de droit du corps médical français a été définitivement fondée.

Cette caisse est gérée par un comité directeur placé sous la surveillance d'un comité qui a le droit de se faire présenter l'état des fonds aussi souvent qu'il le juge convenable.

Les fonds sont déposés à la Banque de France et ne peuvent être retirés qu'avec trois signatures. Quand j'aurai ajouté que le comité directeur a pour président M. Dujardin-Beaumetz, pour vice-président M. Huchard, pour secrétaire M. Lande ; que le comité de surveillance est présidé par M. Cézilly; que son vice-président est M. de Ranse et le secrétaire M. Monin ; enfin que le siège de la Société est 22, place St-Georges, à Paris, j'aurai indiqué les bases du fonctionnement administratif.

Mais ce que vous désirez surtout, ce sont quelques développements sur les points principaux des statuts de cette caisse, statuts que tous les médecins vont recevoir.

Il est d'abord très important que le public médical soit bien convaincu que ces statuts, qui viennent d'être adoptés, ne sont pas un produit de pure imagination, ou un travail fantaisiste d'un médecin. Quand vint l'idée, il y a environ deux ans, de créer, en France, une caisse analogue à celle des médecins belges, on convoqua à Paris les médecins du territoire qui s'étaient occupés depuis longtemps de cette question : plusieurs séances furent consacrées à étudier les divers projets envoyés ou soumis par leurs auteurs : ces projets furent approfondis sans aucune opinion préconçue. Celui du Dr Lande, de Bordeaux, parut réunir les meilleures conditions de vitalité: il fut imprimé dans le « *Journal de Médecine de Bordeaux* » et dans le « *Concours médical* ». Toutes les critiques, objections et propositions nouvelles que souleva ce projet furent examinées, et c'est le projet du Dr Lande, modifié dans certains détails, qui fut présenté à l'assemblée générale et adopté à l'unanimité.

La caisse qui vient d'être fondée n'est ni une *association de secours mutuels*, ni *une assurance sur la vie*, dans le sens strict des mots ; elle est complètement étrangère à ces deux genres d'opérations. Dans une association mutuelle, les fonds sont réservés aux indigents : un seul profite (si hélas ! c'est un

profit) de la libéralité de plusieurs. Dans une assurance quelconque, le bénéfice n'est réel que si vous subissez le risque contre lequel vous vous êtes assuré ; ainsi, dans une assurance sur la vie, le bénéfice n'existe pour l'assuré que s'il meurt avec le moins de primes possibles payées : il fait une très mauvaise affaire, au point de vue financier bien entendu, s'il vit vieux, car dans ce cas les primes payées couvrent le capital assuré et quelquefois plus que ce capital.

La caisse des pensions de retraite a eu un autre but que j'essaierai de faire comprendre par des exemples : Un médecin a 40 ans ; sa clientèle lui permet de prélever une somme annuelle de 247 fr. sur ses honoraires; il songe que, peut-être, il ne sera plus aussi valide à 60 ans ; qu'il aimera mieux se reposer un peu plus arrivé à cet âge et en adhérant à la caisse, il s'assure, à partir de l'âge de 60 ans, une retraite de 1,200 fr. pour le reste de ses jours: c'est donc *ante mortem* et non *post mortem* qu'il a en vue.

Un exemple plus typique : un médecin est garçon, il gagne, à 40 ans ou 45 ans, largement sa vie ; il se fait le raisonnement suivant : je n'ai pas d'enfants ; je vais prendre 3 ou 4 parts à la caisse ; si je viens à mourir avant d'arriver à ma retraite de 60 ans, l'argent que j'aurai versé en primes n'ira pas à des étrangers, mais à mes collègues adhérents ; je ferai dans ce cas une riche donation à la caisse; si je vis, je toucherai, de 60 ans à ma mort près de 5,000 fr. de rentes, ce qui me met à l'abri de tout besoin et de toute misère : à 45 ans la prime annuelle est 368 fr. ; pour 4 parts, ce sera 368 f. $\times$ 4 = 1,472 fr. à verser pendant 15 ans, total 1,472 $\times$ 15 = 22,080 fr. : pour une rente de 1,200 $\times$ 4 = 4,800.

Des combinaisons permettent, dans le cours de ces 15 ans, soit d'aller d'une part à quatre, si la clientèle augmente, et au contraire de suspendre les paiements s'il y a pénurie momentanée. J'ajouterai que si le médecin vit seulement jusqu'à 65 ans, il aura retrouvé le capital des primes versées.

Ces citations montrent, je crois, le but de la caisse : ce qui n'empêche pas les adhérents à cette caisse de recourir aux deux autres opérations indiquées plus haut. Cependant, l'assurance sur la vie sera toujours assez rare dans le Corps médical, d'abord pour une raison financière : c'est que, comme l'on dit vul-

gairement, on ne gagne pas « *des mille et des cents* » dans la profession de médecin et les primes sont très chères ; ensuite pour une raison commune à l'humanité : comme l'a dit Montaigne : « L'homme se résigne difficilement à prendre des mesures de prévoyance pour le moment où il ne sera plus. »

Le but de la caisse étant défini, les bases sur lesquelles cette même caisse est établie peuvent se résumer ainsi :

La création d'une caisse appartenant en propre aux médecins français et permettant de réaliser peu à peu une fortune;

La constitution d'un capital inaliénable assurant la pérennité de l'œuvre ;

L'adoption d'une cotisation variant proportionnellement à l'âge, en partant d'une cotisation annuelle type de 100 francs, à 25 ans ;

L'obligation d'un temps maximum de dix ans de participation pour avoir droit à la retraite ;

La fixation de cette retraite d'après les ressources de la caisse et non d'après un tarif établi d'avance ;

La non reversibilité de la retraite sur la veuve et sur les enfants.

Occupons-nous de suite de ce dernier article : beaucoup de médecins ont demandé à ce que, le mari mourant, la veuve et les enfants ne perdissent rien. Je m'efforcerai de démontrer plus loin que les veuves ne sont pas si abandonnées qu'on le dit, dans les statuts. Actuellement il faut bien être pénétré de cette idée que la création de la caisse n'a eu qu'un but principal : assurer le médecin contre la misère dans la vieillesse, rien de plus, rien de moins : on ne fait pas de sentiment dans une opération basée sur des chiffres ; on ne fait pas à la fois une association de secours mutuels et une caisse de retraite; il faut l'un ou l'autre, mais pas les deux dans la même administration : sans cela on arrive à la situation actuelle de la caisse des pensions du corps médical belge. Pour notre société, cette caisse de Belgique est une arme à deux tranchants ; les sages conseils que nous ont donnés MM. Schœnfeld et Martin, présidents de la caisse des pensions du corps médical belge, l'expérience fournie par 15 années de fonctionnement ont montré les fautes à éviter ; mais aussi la décroissance dans la vitalité de cette caisse trouble un peu les médecins français.

Dans la caisse belge, la cotisation est uniforme et on admet la reversibilité sur les veuves et les orphelins, ce qui doit amener, au bout de quelques années, une pension insuffisante pour les adhérents.

Maintenant examinons cette question des femmes des médecins, des veuves et des enfants : à la caisse des pensions est annexée une caisse de secours, qui sans empiéter sur les rôles de l'Association générale, sera utile à la catégorie de personnes dont je m'occupe ; mais même les statuts leur créent une situation :

Ainsi le mari peut assurer sa femme dans les mêmes conditions que lui.

Les veuves peuvent, à la mort de leur mari, demander la liquidation de leur propre pension.

On s'est plaint comme d'une chose inique de la perte totale des sommes versées en cas de décès. Cependant, il faut envisager la question sous un point de vue mathématique : si l'on doit donner une pension de 1,200 fr. à tout adhérent qui aura versé ses cotisations régulièrement jusqu'à 60 ans (somme qui s'élève par exemple pour 43 ans à 311 fr. (prime annuelle) multipliée par 17, c'est-à-dire 5,287 fr.), il faut trouver cet argent quelque part, et à moins d'avoir une loterie comme la Société des gens de lettres ou des bals comme la Société des artistes dramatiques, on est réduit à constituer un capital par la non réversibilité. Cependant les statuts ne sont pas aussi rigides qu'on le croit au premier abord ; et, pour employer une réclame célèbre, quoique la maison ne soit pas au coin du quai, elle rembourse au participant en cas d'incapacité absolue et permanente de continuer l'exercice de la profession médicale ou à la veuve participante la totalité de ses versements avec intérêts composés calculés aux taux de 4 0/0, si ces deux cas se présentent dans les dix premières années d'existence de la Société.

Enfin, la caisse donne toute facilité de paiement des primes par l'article 9 : de telle sorte qu'un médecin momentanément géné n'est pas déchu de sa pension par le non paiement des primes.

Vous voyez, mon cher Rédacteur en chef, que cette caisse des pensions, ceci dit en passant, ne mérite pas les blâmes qui ont été formulés dans un numéro précédent de votre ex-

cellent journal. Est-elle perfectible ? Incontestablement : aussi le comité fondateur dit-il ceci aux médecins français :

Donnez-vous la peine d'examiner soigneusement les statuts ; je suis prêt à vous donner tous les renseignements que vous désirerez. Les calculs sont établis sur des bases mathématiques : aucun médecin personnellement n'a un intérêt supérieur aux autres assurés, pas plus les fondateurs, que le comité directeur, que les adhérents : si, après votre examen, après renseignements pris, vous constatez comme nous qu'il y a avantage pour vous à être adhérent, envoyez votre adhésion.

Les adhésions sont reçues chez le Dr Lande, à Bordeaux, 52, cours d'Alsace et Lorraine.

Un mot pour terminer cet aperçu :

Dans une réunion de médecins où le Dr Lande exposait son projet, l'un des assistants exprima l'idée que peu de médecins arrivent à 60 ans ; il y avait 15 médecins réunis ; on fit le relevé des âges, 8 avaient plus de 60 ans ?

Bien à vous d'amitié. Dr Delefosse.

Tableaux indiquant le mode de versement que l'on peut choisir.

TABLEAU A.

Prime annuelle à verser pour jouir de la retraite à soixante ans d'âge (entrée au-dessous de cinquante ans) ou après dix ans de participation (entrée après cinquante ans).

AGE d'entrée	PRIME	AGE de retraite	AGE d'entrée	PRIME	AGE de retraite
	F.				
20	77	60	34	166	60
21	81	60	35	177	60
22	85	60	36	188	60
23	90	60	37	201	60
24	95	60	38	215	60
25	100	60	39	230	60
26	105	60	40	247	60
27	111	60	41	265	60
28	117	60	42	287	60
29	124	60	43	311	60
30	131	60	44	337	60
31	139	60	45	368	60
32	147	60	46	402	60
33	156	60	47	442	60

Suite du tableau A.

AGE d'entrée	PRIME	AGE de retraite	AGE d'entrée	PRIME	AGE de retraite
	F.				
48	490	60	57	438	67
49	546	60	58	413	68
50	614	60	59	391	69
51	588	61	60	373	70
52	560	62	61	352	71
53	535	63	62	334	72
54	510	64	63	316	73
55	484	65	64	298	74
56	460	66	65	280	75

TABLEAU B.

Arrérage à payer pour jouir de la retraite à soixante ans d'âge (entrée au-dessous de cinquante ans) ou après dix ans de participation (entrée après cinquante ans) en ne versant plus qu'une annuité de cent francs.

AGE d'entrée	ARRÉRAGE	AGE de retraite	AGE d'entrée	ARRÉRAGE	AGE de retraité
	F.			F.	
26	104	60	46	3325	60
27	212	60	47	3562	60
28	325	60	48	3809	60
29	442	60	49	4065	60
30	563	60	50	4331	60
31	690	60	51	4119	61
32	821	60	52	3882	62
33	958	60	53	3671	63
34	1100	60	54	3460	64
35	1249	60	55	3240	65
36	1402	60	56	3038	66
37	1563	60	57	2852	67
38	1729	60	58	2641	68
39	1902	60	59	2456	69
40	2082	60	60	2304	70
41	2270	60	61	2126	71
42	2464	60	62	1975	72
43	2667	60	63	1823	73
44	2878	60	64	1671	74
45	3097	60	65	1519	75

TABLEAU C.

Proportion de la retraite exprimée en millièmes obtenue à soixante ans (entrée au-dessous de cinquante ans) ou après dix ans de participation (entrée après cinquante ans) par les adhérents n'ayant versé, quel que soit leur âge d'entrée dans l'Œuvre, que l'annuité type de 100 francs.

AGE d'entrée.	MILLIÈMES de la retraite totale	VALEUR réelle la retraite type étant 1,200 fr.	AGE de la retraite.
26	952	1142	60
27	901	1081	60
28	854	1024	60
29	806	967	60
30	763	915	60
31	720	864	60
32	680	816	60
33	641	769	60
34	602	722	60
35	565	678	60
36	531	637	60
37	497	596	60
38	464	558	60
39	435	520	60
40	404	485	60
41	377	452	60
42	348	418	60
43	321	385	60
44	296	355	60
45	271	325	60

AGE d'entrée.	MILLIÈMES de la retraite totale.	VALEUR réelle la retraite type étant de 1,200 fr.	AGE de la retraite
46	248	297	60
47	226	271	60
48	204	244	60
49	183	219	60
50	163	195	60
51	170	204	61
52	178	213	62
53	187	224	63
54	196	235	64
55	207	248	65
56	217	260	66
57	228	274	67
58	242	290	68
59	255	306	69
60	268	322	70
61	284	340	71
62	299	359	72
63	316	379	73
64	335	402	74
65	357	428	75

TABLEAU D.

Proportion, exprimée en millièmes, de la pension qu'elle aurait acquise à soixante ans d'âge, qui sera servie à la veuve d'après l'époque du veuvage.

AGE de la veuve	Proportion pour 1.000 de pension totale	AGE de la veuve	Proportion pour 1.000 de pension totale	AGE de la veuve	Proportion pour 1.000 de pension totale
21	360	34	452	47	635
22	364	35	461	48	655
23	370	36	471	49	675
24	377	37	482	50	697
25	383	38	492	51	721
26	390	39	505	52	746
27	398	40	518	53	770
28	403	41	532	54	799
29	411	42	546	55	826
30	418	43	563	56	855
31	426	44	580	57	890
32	435	45	596	58	924
33	443	46	615	59	960

REVUE CLINIQUE

—

CONTRIBUTION A LA LAPAROMYOTOMIE

Par Kaltenbach.

Cette opération a aujourd'hui été pratiquée dix fois par Kaltenbach. Dans son mémoire il en rapporte six observations, les quatre autres ayant été précédemment publiées. De ces dix cas, deux étaient de simples myomotomies, c'est-à-dire, des cas dans lesquels l'utérus ne fut pas compris dans l'opération et le pédicule abandonné ; tandis que dans les autres cas l'utérus fut enlevé, dans un cas, la section porta sur le corps ; dans les sept autres au niveau de l'orifice interne. Le pédicule, dans ces cas, fut traité hors de la cavité péritonéale. Dans tous les cas d'amputation supravaginale, les ovaires furent enlevés, afin de se mettre en garde contre la survenue de l'hématocèle menstruelle d'une part, et contre la grossesse ectopique d'autre part. Les indications de l'opération dans trois cas étaient le grand volume de la tumeur (de 6 à 10 kilogr.); dans quatre cas, le rapide accroissement de la tumeur s'accompagnant d'hémorrhagie, d'attaques réitérées de péritonite, d'obstruction par compression des organes abdominaux ; dans un cas, il y avait métrorrhargie ; dans un autre, prolapsus complet de l'utérus ; dans un autre encore, obstruction par compression portant sur les organes pelviens, la tumeur occupant le cul-de-sac de Douglas. Dans neuf cas les malades guérirent et furent délivrées des symptômes pour la disparition desquels l'opération avait été pratiquée. Autrefois le pronostic de la laparomyotomie était beaucoup plus grave que celui de l'ovariotomie. Mais aujourd'hui il n'y a plus qu'une faible différence entre leurs résultats réciproques.

C'est la méthode employée pour traiter le pédicule qui en est surtout la cause. Il y a peu d'années on se demandait quelle manière de traiter le pédicule, extra ou intra-péritonéale, donnait les meilleurs résultats, et la réponse était en faveur de la première. Depuis lors, cependant, la méthode intra-péritonéale a donné des résultats si supérieurs à ceux d'autrefois, que la question est remise sur le tapis. Évidemment, la méthode

qu'il faut préférer est celle qui nous donne le plus de garanties contre l'hémorrhagie et la septicémie.

Kaltenbach a obtenu les meilleurs résultats par le traitement extra-péritonéal du moignon. La ligature élastique a suffi dans tous ses cas à empêcher l'hémorrhagie, et le traitement du moignon par la solution chaude de fer et de chlorure de zinc l'a maintenu aseptique jusqu'au moment de la réunion de la séreuse pariétale avec la superficie du moignon, et jusqu'au moment où la partie centrale ne fût plus susceptible d'absorber. Plus tard, la technique du traitement intra-péritonéal du pédicule a été beaucoup simplifiée et le danger d'hémorrhagie et de septicémie diminué. Une méthode que suit Schroeder avec de bons résultats doit être recommandée, méthode par laquelle les vaisseaux sanguins reportés vers l'un ou l'autre côté de la tumeur avec les ligaments larges sont liés en une ou deux portions et le péritoine cousu autour du moignon de façon à ce que le dernier et l'espace péri-utérin soient complètement séparés de la cavité péritonéale. La sûreté de la méthode intra-péritonéale étant reconnue, elle est certainement préférable depuis que par elle le traitement consécutif est simplifié, et elle est particulièrement applicable dans les cas où, par suite du peu de longueur du col ou par suite de la position intra-ligamenteuse de la tumeur, le moignon ne peut pas ou ne peut qu'avec difficulté être amené au dehors. Les principales statistiques sur la méthode extra-péritonéale sont : Kasprzik a rapporté en 1881 une série de 12 cas opérés d'après la méthode d'Hégar avec une seule mort. Dans cette série sont compris trois cas opérés avec succès par Kaltenbach, qui, cela est noté plus haut, n'a eu qu'un cas de mort sur 8.

Bantoch a donné les observations de 8 cas traites par la méthode extra-péritonéale, tous guéris, et celles de 4 cas par la méthode intra-péritonale, tous suivis de mort. Plus tard, il a publié 15 cas, traités par la méthode extra-péritonale, une mort, et 6 cas par la méthode intra-péritonéale, une guérison. Sur 8 cas traités par la méthode extra-péritonéale (dont six amputations supra-vaginales), Horwitz en perdit deux. Par la méthode intra-péritonéale les principales statistiques sont : Schrœder, 14 cas, une mort par septicémie ; Olshausen, 9 myomotomies (une extra-péritonéale, guérison) 2 morts ; 3 amputations su-

pra-vaginales, 2 morts ; Léopold, 6 cas (myomotomies et amputations supra-vaginales réunies) 2 morts ; Spencer Wells, 4 guérisons ; Kuester, 16 myomotomies, 9 guérisons, sept morts.

De ces statistiques, il est impossible d'affirmer que la méthode intra-péritonéale s'est montrée supérieure à l'extra-péritonéale. On obtient aujourd'hui avec elle de meilleurs résultats qu'autrefois, et il est assez vraisemblable que dans un temps assez court elle prendra le dessus. On peut conclure des recherches actuelles que chaque méthode a ses avantages. (*Amer. Journ. of. Obst.* August. 1884. *Zeitsch. f. geb. und. gyn.* X. I.)

Dr Ad. Olivier.

DES CLIMATS FROIDS APPLIQUÉS AU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Quand on jette un regard retrospectif sur les divers courants qui, depuis un demi-siècle seulement, ont successivement sillonné le vaste champ de la médecine, on ne peut se défendre d'un sentiment de profond découragement, en voyant les doctrines les mieux établies, remises en question, les principes fondamentaux de notre art sapés dans leurs bases par les systèmes les plus erronés, souvent les plus invraisemblables. Heureux quand ce découragement ne conduit pas à un scepticisme stérile !

Ces réflexions me sont suggérées par l'apparition à l'horizon de la thérapeutique d'une nouvelle méthode de traitement dont les empiètements audacieux et chaque jour croissants, me paraissent de nature à attirer l'attention des médecins sérieux, gardiens de nos traditions classiques. Cette singulière médication ne tend à rien moins qu'à proclamer la déchéance médicale des climats chauds dans le traitement de la phthisie pulmonaire et à leur substituer les climats froids.

C'est en Allemagne, en Silésie, que cette doctrine paradoxale vit le jour il y a quelques années, et c'est sur les glaciers de la Suisse, sur les hauts plateaux alpestres, qu'elle opère aujourd'hui ses cures soi-disant merveilleuses.

Jusqu'à présent tout le monde pensait que la chaleur était

une des conditions les plus favorables, pour ne pas dire indispensables au traitement des maladies de poitrine et que le froid, au contraire, leur était préjudiciable, comme de nature à provoquer des congestions phlegmasiques soit sur les bronches, soit sur le parenchyme pulmonaire. Il paraît qu'en cela tout le monde se trompait. C'est l'opinion opposée qui, suivant la doctrine de M. le Dr Brehmer, son initiateur et ses adeptes d'Outre-Rhin, serait la seule vraie. Il est vraiment bien heureux pour la science et l'humanité que les révélations inattendues du médecin silésien soient enfin venues déchirer le voile qui, depuis Hippocrate, nous dérobait la vérité ! Ainsi donc, ce ne serait plus vers les rives ensoleillées du littoral méditerranéen en Italie, en Algérie, à Ténériffe ou à Madère qu'il faudrait diriger les poitrinaires. L'air tiède et velouté de ces régions privilégiées ne leur vaut plus rien.

C'est sur les glaciers de la Suisse, dans les Sanatoria de l'Engadine à 2,000 mètres d'altitude que les phthisiques trouveront, au cœur de l'hiver, l'atmosphère froide, incisive et raréfiée qui, selon la méthode allemande, convient tout particulièrement à la susceptibilité de leurs poumons, à la curabilité de leur mal.

La France a bien souvent, et non sans raison, reproché à l'Allemagne de s'approprier sans vergogne nos idées scientifiques et de nous les retourner tellement transformées et démarquées que nous avons grand'peine à en reconnaître l'origine.

Cette fois, la paternité de cette étrange doctrine thérapeutique lui appartient bien en propre, et nous ne la lui disputons pas.

La question relative au traitement de la tuberculose et des variétés phlegmagiques des organes respiratoires par le séjour sur les altitudes n'est pas nouvelle pour moi. Déjà en 1873, dans une note lue au mois d'avril à la Sorbonne (Congrès des Provinces), et plus récemment dans une communication faite au Congrès de Genève (1881), je m'efforçais d'assigner de justes limites aux prétentions thérapeutiques des climats froids, basant mon droit d'appréciation sur une connaissance acquise des *Sanatoria* les plus achalandés de la Suisse et sur les résultats cliniques qu'on pouvait retirer de l'hivernage al-

pestre. Il est regrettable que des plumes plus autorisées que la mienne n'aient pas nettement défini la somme de confiance que la médecine et le public pouvaient accorder à cette nouvelle venue dans la thérapeutique des maladies chroniques des organes respiratoires. La crédulité proverbiale des malades eût été ainsi mise en garde contre des promesses fallacieuses, et bien de cruelles déceptions leur eussent été épargnées.

Malheureusement le laisser-faire domine en France, et explique le succès des plus dangereuses erreurs. Cependant, il est plus que probable qu'avec un bagage clinique aussi léger que celui que nous lui trouverons tout à l'heure, la doctrine de Brehmer fût allée promptement augmenter le nombre déjà respectable des vieilles utopies, si les Congrès de Londres et de Genève ne lui eussent donné un relief inespéré en lui accordant les honneurs de la discussion.

Les promoteurs des climats rigoureux étaient trop habiles pour ne pas tirer partie de cette publicité. Les Allemands et les Suisses sont passés maîtres en savoir-faire. Ainsi, sans parler de la vogue bien discutable de leurs cures de petit lait et aux raisins(Molkenkur und Traubenkur) ne nous en ont-ils pas donné la mesure dans les pompeux aménagements de leurs sources minérales, en entourant d'un cadre magnifique des toiles bien souvent d'une parfaite médiocrité. Ce qu'il y a de bien certain, c'est que l'engouement inexplicable pour nous autres médecins français que l'on professe dans le Nord pour le traitement des maladies de poitrine par l'hivernage sur les altitudes date des Congrès de Londres et de Genève. Ceux de mes honorables confrères qui penseraient que je m'exagère les progrès qu'a déjà faits la méthode allemande peuvent se rendre compte par eux-mêmes de l'exactitude de mes assertions en allant visiter les Sanatoria de Davos-Platz, de St-Moritz et de Samaven. Ils resteront comme moi, péniblement surpris à la vue du nombre considérable d'hivernants casernés dans ces grands caravanserails où le confort, le luxe et les attractions de tout genre se trouvent réunis en vue d'atténuer la morne tristesse qui planera toujours, quoi qu'on fasse, au sein de ces lugubres et silencieuses solitudes.

Dr Cazenave de la Roche.
Médecin à Menton.

(*A suivre.*)

ACTION DE L'OZONE DANS LE TRAITEMENT DES RHUMATISMES PAR LES BAINS DE VAPEURS TÉRÉBENTHINÉES ET DANS LA PROPHYLAXIE DU CHOLÉRA (1),

Par le Dr E. Brémond fils.

Pour échapper aux inconvénients qu'entraîne l'usage interne de la térébenthine, on a songé dès longtemps à employer comme voie d'introduction l'enveloppe cutanée. Sans parler des frictions, qui donnent rapidement des éruptions intolérables, si on soumet à un examen attentif les appareils usités, on reconnaîtra que les fumigations ne produisent que du noir de fumée et que dans les bains dits médicamenteux on n'utilise que des quantités infinitésimales de médicament. Les effets obtenus par ce traitement sont produits par la thermalité; cette lacune nous a inspiré la pensé d'instituer un traitement de vapeurs térébenthinées dans lequel le médicament aurait le rôle prépondérant. Avant de vous indiquer quelles sont les maladies qui sont justiciables de ce traitement, ainsi que les phénomènes chimiques auxquels peuvent être attribués les effets obtenus, je crois utile de vous exposer le mécanisme essentiel de l'appareil. L'essence de térébenthine, placée dans un réservoir extérieur, est amenée dans l'intérieur de la boîte où se trouve le malade, par un syphon dont l'extrémité inférieure rencontre l'arrivée de la vapeur d'eau, à la pression de deux atmosphères. A sa sortie du syphon le jet de térébenthine est tordu, puis fractionné et ensuite divisé en parties extrêmement ténues ; chaque vésicule de vapeur entraîne une particule de médicament.

Cette division moléculaire favorise la pénétration à travers l'enveloppe cutanée, elle opère par un mécanisme analogue à celui que l'on recherche par l'emploi des pommades. On sait que les hydrargiques employés sous cette forme provoquent la salivation. Enfin dans le nouveau dictionnaire de médecine, M. le professeur Béclard expose que Camille Bernay, auteur dramatique, versa un flacon de laudanum sur un cataplasme, le plaça la nuit sur la région épigastrique et mourut empoison-

(1) Travail lu à la Société du IXe arrondissement, séance du 13 novembre 1884.

né. La vapeur très dense, qui entoure nos malades, possède à un haut degré des propriétés émollientes.

Les expérimentateurs qui ont repoussé la pénétration du médicament à travers le tégument humain, n'ont employé que le bain de baignoire, ils se trouvaient dans des conditions absolument différentes de celles qui président à nos opérations, au point de vue du contact répété de fractions sans cesse renouvelées du médicament et également en ce qui concerne la température. La chaleur s'élève dans nos appareils à 45° centigrades, au minimum.

Après cette description, voici l'énumération des maladies contre lesquelles ce traitement a produit des effets favorables, ce sont celles qui dépendent de la diathèse arthritique et au premier rang, les manifestations à forme protéiques du rhumatisme chronique, qu'il soit musculaire, fibreux, aponévrotique, tendineux, articulaire ou cutané ou bien que les plexus nerveux soient atteints, le tronc du sciatique ou les filets intercostaux, on amène par des séances quotidiennes, qui ne causent aucune fatigue, à une rapide amélioration. On obtient les mêmes résultats contre les manifestations viscérales qui, malgré le trouble qu'elles apportent aux fonctions digestives, sont de véritables névralgies. Il faut enregistrer aussi les effets contre les maladies que Beneke, en Angleterre, et M. le Professeur Bouchard, en France, ont désignées sous le nom de maladies par ralentissement de nutrition. Ainsi que certains troubles généraux de la santé, très communs chez les femmes des grandes villes, qui se traduisent par des leucorrhées et des dysménorrhées qui ne sont accompagnées d'aucune lésion locale.

L'une des voies d'expulsion de la térébenthine c'est le rein, aussi cet organe peut être ainsi que tout l'appareil urinaire atteint par le traitement des bains de vapeurs térébenthinées, que l'on peut appliquer contre la pyélite, la cystite, des prostatites et des uréthrites rhumatismales, le catarrhe de vessie, elle a également une influence considérable sur les coliques néphretiques et la production des calculs uriques. Enfin et pour les mêmes raisons on peut l'employer contre le catarrhe pulmonaire.

Dans la plupart des affections dont je viens de dérouler la

liste devant vous, les phénomènes morbides révèlent l'existence de combustions incomplètes dans l'organisme, contre lesquelles la thermalité seule ne pourrait pas achever des oxydations retardantes. Il faut rechercher dans les agents chimiques la cause efficace, car dans ces maladies nous dit M. Bouchard, il arrive aux tissus une quantité suffisante d'oxygène mais ces tissus n'en consomment qu'une faible partie. Devant cette impuissance, il importait de rechercher un agent oxydateur plus puissant que l'oxygène que pourrait engendrer l'essence de térébenthine. On connait les travaux de Schonbein qui a démontré que l'on ozonisait l'oxygène de l'atmosphère en agitant de l'essence de térébenthine à l'air libre et la classification d'Angus Schmith qui, rangeant les huiles volatiles d'après la quantité d'ozone qu'elles peuvent produire, donne la seconde place à la térébenthine. Ces notions nous ont décidé à rechercher ce gaz dans nos appareils, Après une journée de travail, nous avons suspendu dans la boite qui avait contenu les vapeurs térébenthinées des papiers ozonométriques de Schoënbein et de Houzeau. Après une exposition qui a duré douze heures à l'abri de toute vibration même celle des rayons lumineux, les papiers réactifs présentent la coloration révélatrice de la présence de l'ozone. Les papiers Schoënbein enseignent la coloration correspondant au n° 17 de la zone ozonométrique dont le maximum est 21 ; les papiers Houzeau, papier de tournesol rougi par un acide et ioduré dans la moitié de son étendue, n'avaient repris la coloration bleue que dans la portion iodurée, comme vous pouvez en juger par les papiers que j'ai l'honneur de vous présenter.

Le passage de l'essence de térébenthine à travers le sang nous est révélé par son expulsion dans les trois grandes sécrétions de l'économie, la sueur, l'urine et la vapeur de l'expiration pulmonaire, aussi pendant son séjour dans le liquide sanguin qui est perpétuellement en mouvement, l'essence de térében thine peut transformer l'oxygène du sang en ozone.

Déjà M. le professeur Duclaux a indiqué le présence de l'ozone dans le sang, à l'état de santé. Il montre le globule sanguin qui absorbe l'oxygène, exalte son action et. plus loin, parlant de l'hémoglobine, qu'il appelle le grenier de l'oxygène, il lui départit la propriété d'exalter les affinités chimiques de l'oxy-

gène. de façon, dit-il, à lui donner les fontions de l'ozone. Dès lors il est permis de supposer que, dans l'état de maladie, cette transformation en ozone ne peut se produire dans le sang ; mais la présence de l'essence de térébenthine peut corriger cette impuissance, alors se rétablissent les combustions respiratoires qui se produisent dans l'intimité des tissus, l'ozone devient un adjuvant lorsqu'il existait une diminution dans la faculté des échanges, qui constitue la fonction fondamentale de l'hématose.

S'il fallait emprunter à une grande autorité scientifique de nouveaux arguments je vous citerai ces paroles de M. Berthelot qui, rendant compte à l'Académie des Sciences de ses expériences sur l'absorption de l'ozone par les végétaux, absorption qu'il produisait au moyen de l'ozone, ajoutait : si de faibles tensions électriques déterminaient la formation de quantités considérables d'ozone, toutes les matières organiques oxydables, répandues à la surface de la terre seraient détruites.

Ces lignes étaient écrites lorsqu'a paru dans la *Gazette des Hôpitaux* une communication de M. le docteur Onimus, à la Société de Biologie sur les heureux effets obtenus à l'hôpital de Bon-Rencontre de Toulon, pour la prophylaxie du choléra, par l'usage d'un liquide qu'il dénomme ozonéine. Il ne donne qu'un détail sur la composition de cette substance ; comme vous pouvez vous en assurer par l'odeur, dit-il, l'essence de térébenthine entre dans la préparation de ce liquide.

Le 14 mai dernier, j'ai donné à la Société de Thérapeuthique lecture des expériences qui m'avaient amené à constater la présence de l'ozone dans les vapeurs térébenthinées, le 22 juillet à l'Académie de Médecine et le 23 à la Société de Médecine publique j'ai fait une lecture, reproduite in extenso dans la *Revue d'hygiène*.

A l'annonce de l'envahissement du choléra dans le Midi, j'appelais l'attention des médecins sur les réactions caractéristiques de la présence de l'ozone que j'avais obtenues, non seulement dans mes appareils, mais aussi en exposant simplement les papiers réactifs à l'essence de térébenthine pulvérisée par la vapeur d'eau, au moyen du pulvérisateur Mathieu. J'ajoutais que le simple badigeonnage au pinceau ne produisait pas le même effet.

Ce liquide, dit ozonéide, dont le principe actif est l'essence de térébenthine,au témoignage des médecins de Toulon a procuré une immunité complète à tout le personnel hospitalier de Bon-Rencontre. Ce fait confirme les espérances que j'énonçais dans ma communication.

Sous le coup des préoccupations actuelles, il m'a paru utile de vous soumettre un exposé de ces faits d'autant mieux que les auteurs ont déjà discuté cette question. Dans un récent travail le docteur Onimus a cité le témoignage du docteur Th. Bœchel de Strasbourg, qui en 1854 et 1855, a noté la relation intime qui s'est manifestée entre la diminution d'ozone et l'augmentation de l'intensité cholérique, le docteur Courtaut à Thann et Cernay a confirmé, à la même époque, ces observations, il en est de même pour M. Wolf directeur de l'observatoire de Berne, du docteur Hunt à Londres, d'autres à Versailles et même au Delta du Gange.

Lors de son voyage à Marseille, le docteur Onimus n'a constaté nulle part de réaction ozonométrique, pendant l'épidémie, sauf à la gare, où l'on usait de la lumière électrique. Je crois devoir ajouter aussi que,malgré les moyens extraordinaires que la compagnie de Paris Lyon-Méditerranée avait mis à sa disposition, il a reconnu son impuissance à fabriquer du gaz ozone comme on le fait dans les laboratoires d'expérimentation; même dans une usine de Paris, où l'on fabrique à titre d'expérimentation encore des syphons chargés d'oxygène, on a essayé de substituer l'ozone à l'oxygène ; ainsi que l'indique la chimie, l'ozone redevient oxygène et cette eau ne produit aucune réaction.

Devant cette impuissance à fabriquer artificiellement l'ozone, il nous a paru opportun de vous donner le résultat de nos expériences. Par les vapeurs térébenthinées on peut mettre l'organisme en possession de ce gaz, les inhalations ont un effet rapide et je ne crois pas devoir craindre que l'odeur en arrête l'emploi, la plupart des désinfecteurs employés actuellement, le soufre, l'acide phénique, l'acide salycilique, répandent des vapeurs plus incommodes assurément. La pénétration par l'enveloppe cutanée donnerait des résultats plus certains au point de vue prophylactique et surtout curatif. Le premier procédé ne faisant entrer dans l'économie que des quantités res-

treintes de médicament, tandis que le second permet d'arriver à la saturation.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'élévation de la température centrale et des exacerbations fébriles chez les chlorotiques, par le Dr H. Mollière. — Contrairement à ce qu'enseignent les auteurs classiques, la température centrale des chlorotiques, loin d'être abaissée, est sensiblement plus élevée qu'à l'état normal, ce qui permet de rendre à cette maladie le nom de *febris alba virginum* que lui avaient donné les anciens. Les observations qui démontrent ce fait sont aujourd'hui au nombre de 30. Elles concernent la totalité des chlorotiques reçues dans un service hospitalier pendant un temps assez long, et elles ont d'autant plus de valeur qu'elles concordent toutes et que certaines ont été poursuivies pendant un, deux et jusqu'à 8 mois entiers.

La moyenne de cette élévation est de 1 degré environ tant que persistent les phénomènes ordinaires de la chlorose ; elle s'atténue et disparaît à mesure que l'amélioration s'accentue. Mais il faut noter en outre de véritables exacerbations fébriles qui se manifestent sans qu'aucune affection intercurrente puisse les expliquer. Ces ascensions atteignent souvent 39 degrés et même quelquefois 40 pendant un, deux ou plusieurs jours. Chez une malade, l'apparition d'une éruption confluente d'ecthyma ne modifia en rien la température centrale, qui resta la même avant, pendant et après l'éruption. Chez une autre on observa l'inversion du type fébrile ordinaire, la température étant constamment plus élevée le matin que dans la soirée. Enfin la menstruation paraît être sans influence sur ce phénomène. La température a toujours été prise à une heure éloignée des repas. Tout sujet suspect de tuberculose a été écarté avec soin. Dans toutes les observations, on a noté l'existence de souffles céphaliques très accentués qu'on entendait sur les yeux au niveau des tempes et presque à la région occipitale chez certains sujets.

La quantité d'urine émise par 24 heures a toujours été à peu près normale. De même l'urée a été trouvée à sa quotité normale. Jamais on n'a constaté ni albumine, ni matière colorante du sang. Une seule fois, augmentation considérable des phosphates terreux.

Le sulfate de quinine a toujours fait baisser la température comme dans les pyrexies ordinaires ; mais, dans certains cas, cette action était peu sensible.

Faut-il voir dans cette élévation de température une véritable pyrexie ou bien une action particulière du système nerveux ? C'est ce qu'il est difficile de trancher. La première opinion a contre elle la persistance du chiffre normal de l'urée dans les 24 h.; mais l'urine n'est pas la seule voie d'élimination des déchets organiques. Quant à la théorie nerveuse, elle a pour elle certains faits expérimentaux ou cliniques, et il n'est pas irrationnel de supposer que la dyscrasie qui donne naissance à la chlorose peut influencer les centres de température.

(*Lyon médical*, 25 mai 1884.) R. C.

FORMULAIRE

Pommade contre les hémorrhoïdes

(DUVAL).

Pommade camphrée...	30 gram.
Poudre de noix vomique	4 —
Extrait de belladone...	0,30 cent.
Extrait de saturne.....	4 gram.

Mêlez pour frictions 2 à 4 fois par jour, selon les cas.

Le semen contra et la santonine

(Stanislas MARTIN).

Quel est le meilleur vermifuge pour les enfants ? En France, la classe du peuple ne connaît que le semen contra ; c'est quelle ignore que c'est un médicament dangereux ; que pris d'une manière inconsciente, il a occasionné la mort; elle ne sait pas non plus qu'administré à une dose même faible, il produit un phénomène bizarre : tous les objets qu'on regarde paraissent jau-

nes, que cet effet dure plusieurs heures; il serait à souhaiter que cette substance ne soit délivrée au public que par le pharmacien, tandis qu'elle l'est par des marchands qui n'en connaissent pas l'effet toxique, puisque bien des fois nous avons été appelés à y remédier ; la mousse de Corse (helmente corton) ou mieux encore l'absinthe maritime peut être employée sans danger.

Le semen contra est une fleur non épanouie, il appartient au genre armoise; il contient une huile essentielle et un alcaloïde très employés en médecine.

La santonine est un violent poison; la dose maxima pour un adulte ne doit jamais dépasser deux centigrammes.

On a proposé bien des moyens de l'administrer, la formule suivante est la plus usitée :

Santonine...........	2 centigr.
Huile d'amandes douces (ou d'olives)...	60 gram.

En donner deux ou trois cuillerée à bouche par jour. Souvent on l'administre avec de l'huile de noix de coco ou de ricin.

Pour renforcer l'action vermifuge de la santonine, certains praticiens proposent la formule suivante :

Santonine............	2 centig.
Huiles d'amandes douces....	60 gram.
Essence de semen contra	IV gouttes

Deux ou trois cuillerées à bouche par jour chez un adulte.

La santonine peut encore être administrée dans une pâte ainsi composée :

Santonine...........	2 centigr.
Huile de ricin.......	20 gram.
Essence de semen contra................	IV gouttes.
Sucre blanc..........	Q. S.

Pour faire une pâte molle, à prendre en quatre fois en l'espace de deux jours.

La potion suivante, dont nous avons publié la formule, nous a toujours donné de bons résultats :

Jaune d'œuf........	n. 1
Huile d'amandes douces...............	10 grammes
Sucre..............	20 —
Santonine..........	2 centigr.
Eau de fleurs d'oranger...........	35 —

A prendre par cuillerée à bouche en deux jours ; avoir soin d'agiter la bouteille.

VARIÉTÉS

Palmes académiques. — Nous apprenons avec plaisir que, par décret en date du 10 novembre, les palmes académiques ont été décernées à nos confrères et collaborateurs Gillet de Grandmont et Pruvost.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Cours libre autorisé par arrêté ministériel du 12 août 1884, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15 : De l'accouchement naturel en Europe ; discussion sur la position adoptée par les différents peuples pendant l'acte de la parturition.

M. le Dr VERRIER, préparateur à la faculté de médecine, membre de la Société d'Anthropologie, commencera ce cours le mardi 9 décembre 1884, à 4 heures, à l'amphithéâtre n° 1, de l'Ecole pratique. Il les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

De nombreux dessins aideront à l'intelligence du cours.

COURS PUBLIC ET GRATUIT SUR LES MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE. — Le Dr H PICARD commencera ce cours le lundi 1er décembre à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'école Pratique (rue de l'Ecole-de-Médecine) et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Fonssagrives, ancien professeur à la Faculté de Montpellier et si connu par ses excellents ouvrages sur *l'hygiène navale*, *l'hygiène alimentaire*, la *thérapeutique de la phthisie* et enfin par son *traité de thérapeutique*, ainsi que par ses livres de vulgarisation médicale sur les soins à donner aux enfants, etc., etc. M. Fonssagrives n'avait que 62 ans.



REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 *novembre* 1884. — Présidence de M. A. GUÉRIN.

Nécrologie. — M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Fonssagrives, correspondant.

Élections. — L'Académie nomme par 76 voix, M. Charpentier dans la section d'accouchements et élit M. Bergeron comme vice-président en remplacement de M. Fauvel.

Rapport sur les épidémies. — M. Féréol termine la lecture de son rapport sur les épidémies observées en France pendant l'année 1882.

Supplément à la séance du 18 *novembre* 1884.

NOUVEAU GALVANO-CAUTÈRE A ACCUMULATEURS, par le Dr CHERON (présenté par M. Léon LABBÉ.)— La première tentative d'application des accumulateurs électriques à la chirurgie fut faite par Trouvé à l'aide de la pile secondaire Planté, instrument qui ne peut rougir qu'un petit cautère pendant quelques minutes.

La modification apportée à la pile secondaire de Planté par M. Faure,

créateur des accumulateurs en profondeur ou à oxydes, en ouvrant une ère nouvelle aux applications industrielles de l'électricité, permet aujourd'hui de rendre à la galvanocaustie thermique la place qui lui est due.

L'accumulateur Faure a subi des perfectionnements successifs qui ont eu pour résultat une capacité plus grande dans la puissance d'emmagasinement et une réduction de poids et de volume.

Un ingénieur distingué, M. Paul Gadot, nous a construit les accumulateurs qui représentent la partie active de notre galvanocautère. Une légère modification nous a permis de les rendre étanches, condition essentielle d'un appareil médical de ce genre.

Nous avons fait disposer, par M. Ch. Dubois, ces accumulateurs dans une boîte avec les différents cautères. Il est facile de les en sortir, soit pour les employer, soit pour les recharger.

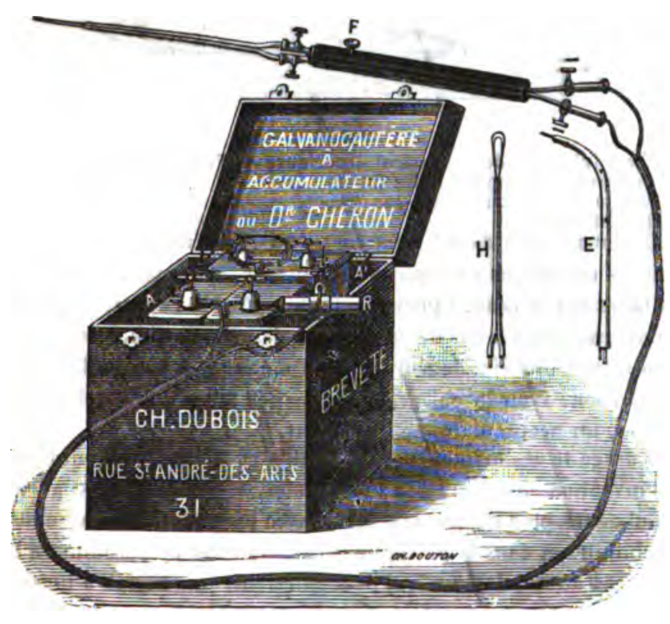


FIG. 1.

A. Accumulateurs.
F. Pédale du manche porte-cautère.
H. E. Cautères.
I. I. Extrémités des conducteurs fixées au manche.

L'intensité du courant fourni par chacun de ces accumulateurs est de 20 ampères ; la force électro-motrice est de 2 volt 1/4 pour chacun d'eux. — Les cordons conducteurs, réunis dans une gaine de caoutchouc, ne sont ni lourds ni embarrassants comme les anciens cordons des pieds à galvano-caustie.

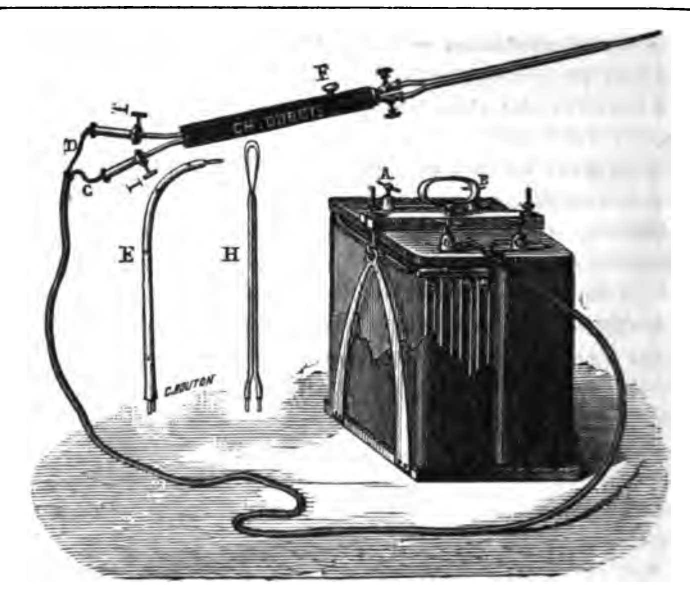


FIG. 2.

A. Accumulateurs dont la paroi antérieure de l'un d'eux est enlevée pour montrer la disposition des lames.
F. Pédale du manche porte-cautère.
E. H. Cautères.
D. C. Conducteurs dont les extrémités I I sont fixées au manche.

Pour les opérations pratiquées sur l'utérus, et pour la plupart de celles faites sur la peau, tumeurs, etc., il suffit de l'appareil à deux accumulateurs. Dans le cas de cautères ou d'anses de dimensions excessives, on se sert tout simplement de 3 ou même de 4 accumulateurs réunis en tension. Pour la chirurgie des cavités telles que l'oreille, la gorge, le nez, un accumulateur est suffisant.

L'éclairage de ces mêmes cavités, si utile et si facile aujourd'hui depuis l'invention des lampes à incandescence, s'obtient aussi avec ces accumulateurs, plus commodément qu'avec les piles au bichromate. A notre clinique et dans la pratique, nous éclairons le spéculum à l'aide d'un de ces accumulateurs qui peut entretenir une lampe à incandescence de deux bougies pendant dix heures en moyenne.

Quant à la durée de la décharge de ces accumulateurs, elle est inversement proportionnelle à la quantité d'électricité absorbée par le cautère employé. Les cautères ordinaires (flèche, couteau, anse galvanique) absorbent une quantité d'énergie électrique égale à 25 à 28 ampères-heure ; l'accumulateur, dont la puissance n'est que de 20 ampères-heure, épuisera donc son approvisionnement en 40 à 45 minutes. Sauf des cas assez rares, il n'est pas d'opération dans laquelle l'emploi du courant galvanothermique ait une durée *effective* aussi longue. Rien n'em-

pêche d'ailleurs, si les conditions opératoires l'exigent, de tenir en réserve un second groupe tout prêt.

Dans le cas de l'éclairage médical, la lampe, n'ayant besoin pour fonctionner que d'une énergie s'élevant à peine à 1 ampère-heure, la durée de la provision électrique sera, on le voit, de 10 à 20 heures, selon que l'on emploiera 1 ou 2 accumulateurs.

On sait que l'énergie de la pile chirurgicale au bichromate de potasse se proportionne à l'immersion plus ou moins grande des lames, zinc et charbon, dans le liquide actif. Il n'en est plus de même pour l'accumulateur, dont la décharge est sensiblement uniforme du commencement à la fin. Or, la température chirurgicale par excellence, étant celle du rouge sombre, on doit s'attacher à maintenir les cautères à ce degré-là.

Cette condition, facile à remplir, comme nous le disions plus haut, avec les piles au bichromate, ne peut guère s'obtenir, avec les accumulateurs, que des deux manières suivantes :

1° Soit à l'aide d'un rhéostat.

Cet instrument est surtout utile dans le cas où l'on a une faible énergie à développer ; tel est le cas des petits cautères ou de la lampe médicale.

Dans le cas des grands cautères nous lui préférons l'appareil suivant qui ne permet aucune transformation inutile du courant :

2° Une roue analogue à la roue de Masson est intercalée dans le circuit.

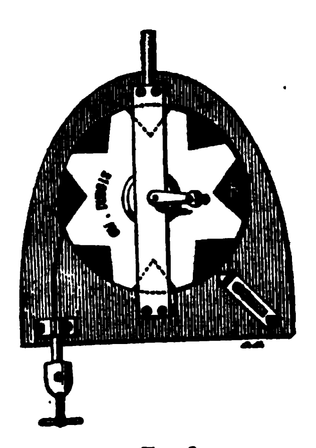


Fig. 3.

cuit. Elle est fixée dans la boîte et sa rotation plus ou moins rapide, modérant plus ou moins l'écoulement du courant, on maintient de la sorte les cautères à la température voulue (rouge, sombre, rouge cerise rouge blanc, etc.)

Quand les accumulateurs ont épuisé leur provision, la recharge peut se faire de deux façons :

1° Soit à l'aide des machines dynamo-électriques, chez le fabricant d'accumulateurs ;

2° Soit dans le cabinet du praticien, à l'aide de trois ou quatre éléments de pile d'une force électro-motrice un peu supérieure à celle des accumulateurs et d'un débit moyen de 12 ampères-heure par kilogramme de plaque.

Nous avons créé un dispositif commode et durable en faisant usage de la pile au sulfate de mercure. Afin que cette note ne prenne pas des dimensions trop considérables, nous nous proposons d'en faire le sujet d'une communication ulterieure.

En résumé, le galvano-cautère à accumulateurs, tout en conservant toutes les propriétés de la pile à galvano-caustie thermique, fait dispaparaître ses plus graves inconvénients.

Il n'est pas douteux que l'avenir de ce remarquable moyen chirurgical réside tout entier dans l'utilisation bien comprise des accumulateurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 novembre 1884. — Présidence de M. Sée.

Thyroïdectomie. — M. Richelot fait un rapport sur deux opérations de thyroïdectomie pratiquées par M. Schwartz.

Après avoir communiqué les deux cas de M. Schwartz, le rapporteur relate un cas personnel où la suffocation survint après l'opération avec asphyxie menaçante, respiration anxieuse, aphonie complète, dysphagie ; mort le lendemain de l'opération. Il y avait une intégrité complète de la plaie, du médiastin, du pneumogastrique, des gros vaisseaux, de la trachée et des cartilages du larynx ; mais les deux récurrents étaient coupés ; celui de gauche était compris dans une ligature. M. Richelot croit qu'il y a eu spasme de la glotte.

M. Richelot dit en concluant que :

1° Il ne faut pas se préoccuper de l'aphonie, mais il faut ménager les récurrents dont les lésions peuvent amener des accidents mortels;

2° La thyroïdectomie est une opération excellente, mais à cause des accidents qui peuvent en résulter: médiastinite, œdème laryngé, pachydermie, crétinisme, etc., il faut pour la pratiquer avoir des indications formelles et ne pas céder seulement à des considérations d'esthétique ou aux désirs d'un malade.

M. Terrillon a opéré récemment une femme de 40 ans qui

avait des accès de suffocation par déviation de la trachée et compression, c'était un sarcome du corps thyroïde: il fit l'énucléation partielle, et bien qu'on ne fût pas dans le voisinage du récurrent, la malade eut, dès son réveil, de la raucité de la voix.

M. Lucas-Championnière a opéré une femme de 58 ans. La tumeur avait repoussé la trachée à droite; il y avait de la dyspnée, de la gêne dans la flexion du cou. Il fit l'opération en suivant le procédé de Reverdin et trouva le récurrent dévié: c'est donc la chance qui fait qu'on ne le coupe pas.

M. Le Dentu dit que pour le diagnostic il est un signe important signalé par Nélaton : ce sont les douleurs à distance, à la tempe, à l'apophyse mastoïde, à la région fronto-orbitaire. Ces cas avec irradiation sont fréquents, sinon constants.

M. Terrier dit qu'ils n'existent pas toujours : il a vu un cas à l'hôpital Bichat où l'asphyxie était le seul symptôme; les irradiations douloureuses n'existent que lorsque la tumeur se développe rapidement, ce qui se voit dans les injections interstitielles, par exemple.

M. Berger dit que la distinction entre l'hypertrophie et le cancer est difficile. Rose a étudié les douleurs à distance : il a dit que dans le cancer on notait des accidents du côté de la déglutition, et dans l'hypertrophie des accidents du côté de la respiration. Quant aux injections interstitielles, elles ont causé des accidents graves, elles peuvent amener la transformation de l'hypertrophie en goître constricteur.

M. Richelot dit que comme M. Lucas-Championnière, il pense que l'embarras est grand pour éviter le nerf récurrent. Quant aux injections interstitielles, il n'emploie que l'iode, et il n'a pas eu d'accidents.

L'injection d'iodoforme est irritante : celle au chlorure de zinc est faite pour obtenir un ramollissement de la tumeur et son élimination ; une injection d'ergotine a pu déterminer un abcès qui s'ouvrit dans le larynx.

M. Le Dentu a relaté, il y a trois ans, l'observation d'une hydrocèle laiteuse dont il ne connaissait pas la cause : elle était due à une filaire que M. Damaschino trouva dans le sac.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE.

Séance du 23 juillet 1884. — Présidence de M. E. Michel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le président, au nom de la Société, souhaite la bienvenue

au Docteur Gilson présent pour la première fois à la séance.

La correspondance imprimée comprend :

Quatre numéros de la *Revue médicale française et étrangère*; deux numéros de la *Revue médicale et scientifique, d'Hydrologie* et de *Climatologie pyrénéennes* ; un numéro du *Bulletin médical du Nord* ; un numéro de l'*Art dentaire*.

M. le président pose la question de la fixation des vacances, et propose de prendre le mois d'août. (Adopté).

La parole est à M. Vigier pour sa communication sur *l'emploi thérapeutique du sulfo-carbol.*

M. Tripet propose à M. Vigier d'essayer la propriété antiputrescible du sulfo-carbol pour la conservation des cadavres. Il a observé, en effet, que les cadavres injectés avec un mélange d'acide arsénieux (100 grammes), de glycérine (500 grammes) et d'acide phénique (250 gr.), se conservaient longtemps (plusieurs mois) dans des cercueils; mais que lorsqu'on les disséquait pour des préparations anatomiques en été, ils subissaient très rapidement la putréfaction.

M. Deniau propose de renvoyer le travail de M. Vigier au comité de publication. (Adopté).

M. Christian demande si le salicylate de soude n'est pas antiputride.

M. Vigier répond que le pouvoir désinfectant du salicylate de soude est presque nul.

M. le président remercie M. Vigier de sa communication.

Après une courte discussion sur le traitement du choléra par les armatures métalliques et les métaux pris à l'intérieur, discussion à laquelle prennent part MM. Julliard, Christian et Tripet, la séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Dr Tripet.

Séance du 24 septembre 1884. — Présidence de M. Ed. Michel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu, mis aux voix, et adopté.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le Dr Coudoin, posant sa candidature au titre de membre titulaire.

M. le Dr Coudoin est présenté par MM. Rœser et Bonnefoy.

Il envoie, à l'appui de sa demande, sa thèse intitulée : *Etude clinique de la paralysie spinale aiguë et de l'atrophie musculaire progressive chez le même individu.*

M. le président, au nom de la Société, adresse à M. Rœser des félicitations pour le zèle qu'il apporte dans le recrutement des membres de la Société.

La correspondance imprimée comprend :

Le *Compte rendu de la douzième session* (congrès de Rouen) *de l'Association française pour l'avancement des sciences*; neuf numéros de la *Revue médicale française et étrangère* ; deux numéros du *Bulletin de la clinique ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts*, offerts par M. Fieuzal ; deux numéros de la *Revue médicale et scientifique d'hydrologie et de climatologie-pyrénéennes* ; deux numéros du *Bulletin médical de la Société de médecine du département du Nord.*

M. Huchard fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *du régime sec dans les maladies de l'estomac*, et principalement dans la dyspepsie des liquides.

M. Duroy communique à la Société une lettre qu'il a adressée à l'*Union Pharmaceutique* en réponse à un article de M. Albert Bataille, du *Figaro*, sur les jurés de la Seine, article qui contenait des allusions blessantes pour le corps pharmaceutique.

M. Huchard, qui a pris connaissance de cette réponse, félicite M. Duroy.

M. Christian fait hommage à la Société d'un travail intitulé : *des Difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale.*

M. Huchard expose en quelques mots la relation qu'il croit pouvoir établir entre les diathèses et les névroses. Il insiste sur les rapports évidents existant entre la chorée et le rhumatisme, entre l'hystérie et l'arthritisme. Pour M. Huchard, dans la plupart des cas, la neurasthénie est une affection arthritique.

M. Huchard se propose, d'ailleurs, de traiter la question à fond ultérieurement.

M. le président remercie M. Huchard de sa communication, et propose de mettre la discussion de cette question à l'ordre du jour d'une des prochaines séances.

M. Reliquet est d'avis que la question est très intéressante, et appuie la proposition de M. le président.

Sur la proposition de M. Michel, la discussion est ajournée à la séance de novembre ; elle sera annoncée dans la lettre de convocation d'octobre.

M. Huchard fait une communication sur le régime sec dans les maladies de l'estomac, et principalement dans la dyspepsie des liquides. Il mentionne le cas d'un malade arthritique qui, soigné depuis plus de dix ans, sans résultat appréciable, pour des accidents dyspeptiques très pénibles, par les eupeptiques, les amers et le régime lacté, vit disparaître tous ces accidents rebelles au bout d'une semaine, par la suppression de tous les liquides de l'alimentation.

Un autre malade également arthritique, atteint de dyspepsie flatulente exaspérée par une saison à Contrexéville, fut soulagé en quelques semaines par le régime sec.

Le régime sec réussit également dans un cas de vomissements accompagné de suffocations et d'accès douloureux rappelant ceux de la fausse angine de poitrine, chez une jeune femme enceinte de trois mois.

Un résultat excellent fut rapidement obtenu chez un dyspeptique atteint de dilatation stomacale.

Deux autres malades, toutes deux arthritiques, vues en consultation avec M. Bouchard, furent soumises, pour des accidents dyspeptiques intenses, au régime sec, et virent disparaître successivement tous les phénomènes douloureux, en même temps que les accidents dyspeptiques.

Après avoir cité les observations précédentes, M. Huchard rend un juste hommage à Chomel, qui le premier, en 1857, décrivait la dyspepsie des liquides et le clapotement, en distinguant le clapotement stomacal du clapotement intestinal.

C'est après avoir constaté l'insuccès des médications liquides dans cette forme de dyspepsie que Chomel formula l'emploi du régime sec mitigé dans son application par l'usage des bains entiers à peine tièdes et des lavements d'eau tiède.

Cette diète des liquides pourrait encore être appliquée, selon M. Huchard à d'autres affections caractérisées surtout par l'excès de tension artérielle chez les athéromateux, dans la né

phrite interstitielle, les affections aortiques, et chez les individus prédisposés aux hémorrhagies diverses, congestions et hémorrhagies cérébrales, cutanées, etc.

M. Reliquet trouve un grand inconvénient à l'emploi du régime sec chez un grand nombre de malades : il demande que la prescription de ce régime soit toujours précédée de l'examen des urines. D'une façon générale, le régime sec est très dangereux dans les affections rénales.

M. Huchard est d'accord avec M. Reliquet pour la surveillance des fonctions rénales.

M. Duroy a été témoin de la suppression de vomissements incoercibles de la grossesse par l'emploi du régime sec : il y avait eu antérieurement deux fausses couches successives provoquées par les vomissements.

M. Huchard dit que le régime sec est applicable au traitement de l'obésité.

Comme moyen de calmer la soif, il indique les lavements d'eau froide, conseillés par Chomel.

M. Reliquet trouve qu'il serait utile d'employer ce moyen lorsqu'on redoute les affections rénales. Dans certains cas, lorsqu'il y a anurie ou oligurie, il donne des lavements poussés goutte à goutte, permettant l'absorption d'un litre de liquide dans l'espace d'une heure.

M. Prat rappelle que, avant la distillation de l'eau de mer, on manquait souvent d'eau sur les navires, et que les marins calmaient leur soif en se baignant dans la mer.

M. Huchard considère la dyspepsie des liquides comme un épisode aigu dans le cours d'une dyspepsie ordinaire avec ampliation stomacale.

La séance est levée à 5 h. 40 minutes.

Le Secrétaire annuel,
Dr Tripet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU IXe ARRONDISSEMENT.

Séance du 9 *octobre* 1884. — Présidence de
M. Hervé de Lavaur.

La séance est levée à 8 h. 1/2. Le procès-verbal est lu par M. Rey et adopté.

M. Hervé de Lavaur communique deux observations nouvelles de croup dans lesquels la méthode de traitement du D[r] Delthil lui a donné de très bons résultats.

M. Brémond a également essayé cette méthode : il pense que l'influence exercée par la térébenthine est très minime et ce serait surtout le charbon pulvérulent qui agirait. Une discussion s'engage à ce sujet entre MM. de Beauvais, Hervé de Lavaur et Brémond.

M. Richard demande l'avis de la Société sur un cas de déontologie médicale : il s'agit d'un empoisonnement accidentel, entouré de circonstances toutes particulières et pour lesquelles la Société est d'avis que la responsabilité médicale ne peut être mise en jeu.

M. Emile Piogey est nommé rapporteur de la candidature de M. le D[r] Blechmann, présenté par MM. de Beauvais et Delefosse.

La séance est levée à 10 heures un quart.

Le secrétaire général,
D[r] Delefosse.

Séance du 13 *novembre* 1884. — Présidence de M. Hervé de Lavaur.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le D[r] de Villiers priant la Société d'accepter sa démission de membre titulaire, par suite de son départ de l'arrondissement. M. le président prie M. le secrétaire général de vouloir bien faire des démarches auprès de M. de Villiers pour qu'il accepte le titre de membre honoraire.

M. le D[r] Dehenne lit une note sur *l'emploi du chlorhydrate de cocaïne en thérapeutique oculaire* (sera publié).

M. de Beauvais vient de lire un article sur le même sujet par M. le D[r] Trousseau dans l'*Union médicale*. M. Trousseau dit dans ce travail qu'il faut se méfier de prendre ce médicament dans toutes les pharmacies et qu'actuellement la co-

caïne venant d'Allemagne serait la meilleure : qu'en outre la conjonctive n'est pas insensibilisée par le médicament.

M. DEHENNE cite les pharmaciens de Paris où il a pris le médicament, il indique qu'il est très important que le chlorhydrate de cocaïne soit très pur : sans cela le malade et le chirurgien qui comptent sur une anesthésie complète seraient dans une triste situation. — Avec la cocaïne, l'écarteur est bien supporté : la cornée est insensible, l'iris paraît analgésié : quant à la conjonctive, elle est aussi insensibilisée : dans un cas d'opération de strabisme, le malade n'eut de sensation que lorsque le bistouri fut sur le muscle.

M. G. PIOGEY lit une note : *De la susceptibilité des enfants pour la digitale* (sera publiée).

M. DE BEAUVAIS rappelle le cas qu'il a cité dans une séance précédente : il s'agissait d'un détenu qui avait avalé volontairement des pilules de digitale, le médicament n'a produit son action toxique que plus tard, 36 heures après l'absorption ; les accidents tétaniques ne sont venus que quelques jours après, il n'y avait ni ralentissement du pouls, ni dilatation de la pupille, mais surtout des phénomènes tétaniformes ; pas de diurèse, mais abaissement de la température : la contracture a duré 15 jours.

M. PIOGEY ; les mêmes phénomènes se sont produits dans le cas qui nous occupe : et vu l'épidémie actuelle, le facciès, l'abattement etc., auraient pu faire croire à une attaque de choléra.

M. BRÉMOND lit le travail suivant : *Action de l'ozone dans le traitement des rhumatismes par les bains de vapeurs thérébentinées* (sera publié).

M. PIOGEY lit un rapport sur la candidature du Dr Blechmann.

M. Blechmann est nommé membre titulaire.

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire général,
Dr DELEFOSSE.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

Nous prions nos confrères qui nous ont envoyé des communications concernant les Vacances médicales de vouloir prévenir l'administration lorsque les postes annoncés sont occupés.

118. — A céder *de suite*, dans la Marne et moyennant une demi-annuité seulement, excellent poste médical, d'un *produit net* de 10.000 fr.
Situation exceptionnellement avantageuse, acquise au prix de 15 années de pratique. — S'adr. au bur. du journal.

117. — *A céder*, dans de bonnes conditions, une *clinique ophthalmologique* fondée depuis 12 ans, située dans un bon quartier de Paris et extrêmement fréquentée. — S'adresser au bureau du journal.

116. — Pour cause de santé, clientèle médicale à céder gratuitement, dans un quartier agréable de Paris. — S'adresser au bureau du journal.

115. — A prendre de suite, sans rétribution, dans Charente-Inférieure, une clientèle médicale vacante par suite de décès. — S'adresser au bureau du journal.

114. — Clientèle médicale à céder, à 16 kilom. de Paris. Produit 9.000 fr. Conditions avantageuses. — S'adresser au bureau du journal.

113. — *Poste médical*. à prendre gratuitement dans un chef-lieu de canton riche du Puy-de-Dôme, 16 communes à desservir. Produit assuré, la première année 10.000 fr. — S'adresser à M. le Dr Hermet, 30, boulevard Malesherbes.

112. — Bon poste médical à prendre dans Seine-et-Marne. Nombreux villages à desservir, pas de concurence, rayon de 8.000 hab. Le médecin aurait le service des indigents de plusieurs communes pour lequel il est alloué un fixe. — S'adresser au bureau du journal.

111. — Situation à prendre à Montcontour (Côtes-du-Nord). Le titulaire ferait selon toutes probabilités le même chiffre que son prédécesseur 10.000 fr.). S'adresser à M. Guignard, 21, rue Charlemagne, Paris.

110. — Bon poste médical à prendre à Ecorché (Orne). Produit probable 12.000 fr. — S'adresser à M. Guignard, droguiste, 21, rue Charlemagne, Paris.

109. — Poste médical à prendre dans le département d'Indre-et-Loire. Le médecin trouverait tout organisée et dans des conditions avantageuses la maison habitée pendant 30 ans par le prédécesseur. Situation assurée. — S'adresser au bureau du journal.

108. — Un confrère ayant exercé 6 ans à Nice, et y ayant formé un noyau de clientèle, céderait, sans indemnité, son appartement placé dans une situation exceptionnellement avantageuse. — S'adresser au Dr Marius Odin, à St-Honoré-les-Bains.

107. — Très bonne situation à prendre dans un chef-lieu de canton, sur le chemin de fer du Nord. Rayon de clientèle, 7 à 8,000 hab. — S'adresser au Dr Maison, au Vésinet (Seine-et-Oise).

102. — Poste médical à prendre à Varenne-Jaulgonnes (Aisne). Pas de pharmacien. Le successeur bénéficierait de la pharmacie installée par le prédécesseur ainsi que de la maison, etc. — S'adresser à Madame Luquet, à Epernay, qui est la mère du Docteur décédé.

101. — Poste médical à prendre à Neuilly St-Front (Aisne). Environ 12 communes à desservir. Pays riche. Position facile permettant d'assurer environ 7,000 fr. la première année. — S'adresser à M. Lutaud, 25, boulevard Haussmann.

95. — Un Dr en médecine de Paris, marié, devant passer l'hiver dans le midi, désirerait trouver un remplacement dans une station méditerranéenne. — S'adresser au Docteur Lutaud.

94. — Un interne des hôpitaux demande à faire des remplacements. — S'adresser au bureau du journal.

90. — Bonne clientèle médicale dans le Puy-de-Dôme. Recettes : 8.000 fr. fixe : 1.600 fr. A céder gratuitement. Le confrère devrait acheter le matériel. — S'adresser au Dr Lutaud, 25, boulevard Haussmann.

89. — A céder une clientèle médicale dans une station thermale importante. — S'adresser à M. Richelot, 11, rue Grange-Batelière.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

Nous prions nos confrères qui nous ont envoyé des communications concernant les Vacances médicales de vouloir prévenir l'administration lorsque les postes annoncés sont occupés.

119.— Poste médical à prendre dans l'Indre. Population de 5 à 6.000 habitants dans un rayon de 5 kilom. Produit de 7 à 8000 fr. Il n'y a pas de pharmacien dans la contrée.— S'adresser au bureau du journal.

118. — A céder *de suite*, dans la Marne et moyennant une demi-annuité seulement, excellent poste médical, d'un *produit net* de 10.000 fr.

117. — *A céder*, dans de bonnes conditions, une *clinique ophthalmologique* fondée depuis 12 ans, située dans un bon quartier de Paris et extrêmement fréquentée. — S'adresser au bureau du journal.

116. — Pour cause de santé, clientèle médicale à céder gratuitement, dans un quartier agréable de Paris. — S'adresser à M. le Dr Simard, 3, rue Geoffroy-Marie.

115. — A prendre de suite, sans rétribution, dans Charente-Inférieure, une clientèle médicale vacante par suite de décès. — S'adresser au bureau du journal.

114. — Clientèle médicale à céder, à 16 kilom. de Paris. Produit 9.000 fr. Conditions avantageuses. — S'adresser au bureau du journal.

113. — *Poste médical*. à prendre gratuitement dans un chef-lieu de canton riche du Puy-de-Dôme, 16 communes à desservir. Produit assuré, la première année 10.000 fr. — S'adresser à M. le Dr Hermet, 30, boulevard Malesherbes.

112. — Bon poste médical à prendre dans Seine-et-Marne. Nombreux villages à desservir, pas de concurence, rayon de 8.000 hab. Le médecin aurait le service des indigents de plusieurs communes pour lequel il est alloué un fixe. — S'adresser au bureau du journal.

111. — Situation à prendre à Montcontour (Côtes-du-Nord). Le titulaire ferait selon toutes probabilités le même chiffre que son prédécesseur 10.000 fr.). S'adresser à M. Guignard, 21, rue Charlemagne, Paris.

110.— Bon poste médical à prendre à Ecorché (Orne). Produit probable 12.000 fr. — S'adresser à M. Guignard, droguiste, 21, rue Charlemagne, Paris.

109. — Poste médical à prendre dans le département d Indre-et-Loire. Le médecin trouverait tout organisé et dans des conditions avantageuses la maison habitée pendant 30 ans par le prédécesseur. Situation assurée. — S'adresser au bureau du journal.

108. — Un confrère ayant exercé 6 ans à Nice, et y ayant formé un noyau de clientèle, céderait, sans indemnité, son appartement placé dans une situation exceptionnellement avantageuse. — S'adresser au Dr Marius Odin, à St-Honoré-les-Bains.

107. — Très bonne situation à prendre dans un chef-lieu de canton, sur le chemin de fer du Nord. Rayon de clientèle, 7 à 8,000 hab. — S'adresser au Dr Maison, au Vésinet (Seine-et-Oise).

102. — Poste médical à prendre à Varenne-Jaulgonnes (Aisne). Pas de pharmacien. Le successeur bénéficierait de la pharmacie installée par le prédécesseur ainsi que de la maison, etc. — S'adresser à Madame Luquet, à Epernay, qui est la mère du Docteur décédé.

101. — Poste médical à prendre à Neuilly St-Front (Aisne). Environ 12 communes à desservir. Pays riche. Position facile permettant d'assurer environ 7,000 fr. la première année. — S'adresser à M. Lutaud, 25, boulevard Haussmann.

95. — Un Dr en médecine de Paris, marié, devant passer l'hiver dans le midi, désirerait trouver un remplacement dans une station méditerranéenne. — S'adresser au Docteur Lutaud.

94. — Un interne des hôpitaux demande à faire des remplacements. — S'adresser au bureau du journal.

90.— Bonne clientèle médicale dans le Puy-de-Dôme. Recettes : 8.000 fr. fixe : 1.600 fr. A céder gratuitement. Le confrère devrait acheter le matériel. — S'adresser au Dr Lutaud, 25, boulevard Haussmann.

89. — A céder une clientèle médicale dans une station thermale importante. — S'adresser à M. Richelot, 11, rue Grange-Batelière.

COMITÉ DE RÉDACTION

Le *Journal de Médecine de Paris* est publié par les Directeurs : MM. **Gallard, Bergeron, Le Blond** et **Lutaud,** avec la collaboration d'un COMITÉ DE RÉDACTION :

Afin de pouvoir donner plus d'attention aux nombreuses communications qui arrivent chaque semaine à la Rédaction, les collaborateurs ont spécialisé leur tâche dans l'ordre suivant. Nos lecteurs peuvent donc, lorsqu'ils ont des observations ou des communications à nous adresser, les faire parvenir directement à chaque collaborateur intéressé.

Toutes les communications destinées à être insérées dans le numéro du samedi doivent arriver à la Rédaction le jeudi matin au plus tard.

LE COMITÉ DE RÉDACTION EST AINSI COMPOSÉ ;

Questions professionnelles. MÉDECINE LÉGALE	MM. **Lutaud,** Rédacteur en chef. **Maximin Legrand,** Médecin consultant à Aix. **George Rocher,** Avocat à la Cour d'appel de Paris.
Pathologie interne......	**Chenet,** ex-interne des hôpitaux. **Cyr,** Médecin inspecteur à Vichy. **Fissiaux,** Médecin-adjoint de Mazas. **Lormand,** interne des hôpitaux. **Tissier,** interne des hôpitaux.
Pathologie externe......	**Bergeron,** Médecin des prisons de la Seine. **Boursier,** Interne des hôpitaux, **Oger,** Docteur en médecine. **E. Piogey,** ex-interne prov. des hôpitaux. **Rizat** (Chirurgie des voies urinaires).
Obstétrique et Gynécologie.	**Gallard,** Médecin de l'Hôtel-Dieu. **Le Blond,** Médecin de Saint-Lazare. **Olivier,** ex-interne de la Maternité (obstétrique), **Vermeil,** ex-interne des hôpitaux. **Marius Rey** (obstétrique).
Maladies des Enfants....	**Chenet.** **Fissiaux.** **Marchal.**
Syphilis et Dermatologie..	**Brocq,** ex-interne des hôpitaux. **Le Pileur,** Médecin de Saint-Lazare.
Hygiène, thérapeutique ET Pharmacologie.	**Paul Rodet,** Médecin du Dispensaire. **Cellard.** **Stanislas Martin.** **Juilliard.**
Ophthalmologie........	**Dehenne.** **Gillet de Grandmont.**

4e ANNÉE. — T. VII. N° 23 6 DÉCEMBRE 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : RAPPORT SUR L'ÉPIDÉMIE D'AUBERVILLIERS ; MÉCANIQUE ANIMALE TRANSCENDANTE; LA CHROMIDROSE JAUNE.—FACULTÉ DE MÉDECINE : LA CHAIRE DE MALADIES DES ENFANTS.

M. Léon Colin a lu sur la petite épidémie d'Aubervilliers du mois de septembre et octobre un rapport très étudié et où les vues personnelles ne manquent pas. C'est en raison de celà que MM. Proust et Dujardin-Beaumetz se proposent de prendre la parole à la prochaine séance.

M. Giraud-Teulon a discuté à nouveau les expériences et les idées de M. Marey sur la théorie du saut et sur le vol des oiseaux. M. Marey ne manquera pas de lui répondre ultérieurement, et ainsi de suite. A moins d'être ancien élève de l'école

FEUILLETON

RÉCAMIER ET LA MÉDICATION RÉFRIGÉRANTE.

Le Dr Bouveret, de Lyon, dans une notice historique sur la médication réfrigérante, vient de publier une lettre inédite de Récamier, sur ce mode de traitement. Il paraît probable que, dès le début de sa pratique, l'illustre médecin de l'Hôtel-Dieu appliqua l'eau froide dans les cas de fièvres graves, soit dans sa clientèle, soit dans son service hospitalier. Sa méthode était même devenue en quelque sorte traditionnelle dans cet hôpital.

En 1811, à l'âge de 35 ans, Récamier fut atteint d'une fièvre dangereuse qui paraît avoir été une fièvre typhoïde.

Il réclama lui-même le traitement par l'eau froide, et après sa guérison, il fit part à un parent de ses impressions de malade. Cette lettre, dit avec raison le Dr Bouveret, doit prendre place dans l'histoire de la médication. Voici les passages qui ont plus immédiatement trait à l'histoire clinique et au traitement de la maladie :

«..... En deux jours, dès le 6 décembre, il s'établit de la fièvre avec des sueurs accompagnées d'un pouls serré et fréquent et d'un grand malaise. Dans la nuit du 8 au 9, j'appréciai à quel ennemi j'avais affaire, en reconnaissant les caractères

polytechnique, comme M. Giraud-Teulon et M. Gariel, il est bien difficile de suivre cette discussion.

Tout le monde sait que, jusqu'à présent, la chromidrose n'avait été rencontrée que chez la femme, que le visage était son lieu d'élection, et enfin qu'on n'avait guère observé que la coloration rose ou le bleu-noir, qui n'allait pas trop mal. M. Tison a eu la bonne fortune de découvrir que la chromidrose n'était pas l'apanage exclusif de la femme : mais en changeant de sexe, la coloration a aussi changé ; c'est le jaune qu'on rencontre chez l'homme. Ça devait être ; de plus, ce n'est pas au visage qu'elle siège, mais autour du cou, comme une amulette. Resterait à établir s'il y a quelque rapport pathogénique, chez l'homme, entre cette affection et les chagrins domestiques.

— Dans quelques jours, la Faculté dressera sa liste de présentation des candidats à la chaire de Maladies des enfants. Ce n'est aujourd'hui un secret pour personne que M. Grancher sera porté en première ligne et que par conséquent il sera nommé.

Etant donné que la Faculté ne veut pas se départir de sa résolution bien arrêtée de recruter les professeurs titulaires parmi les agrégés, autant valait M. Grancher qu'un autre. Un homme de cette valeur ne se trouve déplacé nulle part : mais enfin, on ne s'improvise pas spécialiste, et par suite on est bien en droit de se demander si M. Grancher, qui aurait certainement professé d'une façon remarquable la pathologie interne ou l'anatomie pathologique. sera aussi brillant dans la chaire qui

---

d'une fièvre nerveuse maligne. Le lendemain je fis avertir un de mes confrères. Ne pouvant m'entendre avec lui sur la nature de ma maladie, ma femme lui en adjoignit un second avec lequel je ne pus non plus m'entendre, par la raison simple que, m'observant superficiellement de la rue, il ne pouvait juger mon état comme moi, qui était dans la maison. Les boissons chaudes que j'avais prises au début, jointes à la diète, m'avaient blanchi la langue, et je rendais des crachats sanglants dont on prenait la couleur pour celle de la bile ; je conservais même de l'appétit, mais sans la force nécessaire pour digérer ; le tout avec un pouls faible et misérable. M'étant fait lever pour changer de linge, je perdis connaissance pour la première fois de ma vie. Les moindres efforts pour parler ou pour me nourrir me jetaient dans un si grand abattement, qu'il m'était facile de prévoir que l'émétique et un laxatif inutile, qu'on me proposait, m'enlèveraient le reste de mes forces, ou même m'éteindraient tout à fait.

«..... Bourdier, premier médecin de l'impératrice, reconnut la nature de ma maladie et il ne fut plus question de m'évacuer; il me proposa le quinquina et le camphre, par haut et par bas.

lui est destinée, et si son enseignement sera aussi profitable aux élèves que celui de M. Jules Simon, Cadet de Gassicourt ou Blachez, pour ne citer que ces trois éminents spécialistes.

La Faculté fait bien, sans doute, d'attirer à l'agrégation le plus possible de candidats par tous les avantages matériels et moraux qu'elle peut leur offrir, au nombre desquels la perspective d'une chaire n'est pas le moins enviable; mais alors, si la Faculté ne veut absolument choisir de titulaires que parmi ses agrégés, c'est à elle de les préparer de bonne heure à toutes les éventualités et d'instituer, non pas seulement pour quelques chaires, mais indistinctivement pour toutes les branches de son enseignement, des cours complémentaires permanents où tous les agrégés pourront tour à tour s'exercer, même se spécialiser de bonne heure et se trouver ainsi mieux préparés à occuper prématurément une chaire dont une vacance imprévue les aura rendus titulaires.

REVUE PROFESSIONNELLE

HOMICIDE PAR LE PROTOXYDE D'AZOTE, AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE CET AGENT. — DE LA RESPONSABILITÉ DES DENTISTES EN MATIÈRE D'ANESTHESIE.

Un accident mortel survenu récemment chez un dentiste

Mais en moins de trente-six heures, ces moyens, qui paraissaient indiqués, ajoutèrent aux accidents précédents un spasme du muscle de la déglutition et même de la mâchoire, tel que la déglutition devint impossible et que je dus regarder le tétanos comme imminent, ainsi que je l'ai vu arriver en pareil cas.

« Alors je dus refuser de continuer ces moyens, et je me trouvai encore en guerre avec mes médecins, qui ne croyaient pas assez à la netteté de mes sensations, parce que mon visage était cadavéreux et mes yeux éteints, ce que je sentais parfaitement. Je restai avec une limonade vineuse, en demandant à cor et à cri un bain froid que mes médecins soutenaient à ma femme devoir me tuer. Je fis venir un médecin que j'avais sauvé par le même moyen, mais il ne put les convaincre, parce qu'on ne sentait pas une grande chaleur à la peau et que je crachais le sang.

« Cependant la maladie faisait des progrès tels que je calculai, le 18 au matin, que je ne devais pas exister le 19, ou du moins que je devais me trouver à l'agonie et hors d'état de recevoir aucun secours médical......

que ses réclames avaient depuis de longues années placé en dehors de la profession médicale est venu remettre à l'ordre du jour les questions relatives à l'anesthésie chirurgicale.

Quelle sera la suite donnée à cette affaire par le parquet ? Il est difficile de se prononcer ; mais il nous semble à peu près certain, si l'on consulte la jurisprudence habituelle, que le délinquant, s'il est poursuivi, en sera quitte pour cinq francs d'amende et continuera son petit commerce aussi lucratif que nuisible. On connait l'indulgence de nos tribunaux lorsqu'il s'agit de poursuivre les nombreux charlatans qui exercent illégalement la médecine. Cette indulgence ne peut manquer d'être accordée à un personnage qui, en *arrachant pendant vingt ans des dents sans douleur*, a certainement acquis la fortune et par suite la considération relative qui s'y rattache.

Mais avant d'attaquer la réputation, peut-être sans tache, de l'auteur de l'homicide, il convient d'établir quelles sont les conditions légales dans lesquelles l'anesthésie peut être pratiquée par des personnes non diplômées ou simplement pourvues du diplôme d'officier de santé.

Par toutes les jurisprudences l'anesthésie en elle-même a été considérée comme une opération. Il est par conséquent interdit, non seulement aux individus non diplômés, mais encore aux officiers de santé dont la loi limite les attributions, d'anesthésier des malades sans l'assistance d'un docteur en médecine.

Or, dans le cas récemment publié par les journaux politiques,

---

« Ce jour-là, je fis sentir à ma femme qu'elle n'avait probablement plus que quelques heures pour me sauver la vie, et je la priai de faire préparer la baignoire pour la consultation du soir qui avait lieu à sept heures. Cela fait, je la priai de faire entrer Bourdier le premier, parce que mes forces ne me permettaient pas de parler aux trois ensemble, et je lui dis : Mon cher confrère, il est impossible que je supporte le redoublement de cette nuit sans mourir ou sans me trouver demain hors d'état de recevoir aucun secours. Il faut que je sois dans l'eau froide tout à l'heure. Le bain froid vous effraie, mais fiez-vous-en à mon expérience sur ce point....

« Il représenta alors aux autres confrères que mon parti était pris, qu'il s'agissait d'une fantaisie de malade qu'ils ne conservaient plus d'espérance de sauver et que, du reste, si je me trouvais mal dans l'eau, on m'en retirerait. En moins de cinq minutes, un bain à 13° était préparé, et à sept heures je fus mis dans l'eau comme un vrai cadavre, car ma conversation avec Bourdier m'avait tellement affaibli, que pour la soutenir il me fallut recueillir le reste de mes forces. Au moment d'être porté dans l'eau mes deux confrères me faisaient encore des obser-

le dentiste incriminé, qui n'est pas docteur en médecine, a donc contrevenu à la loi en anesthésiant un individu, alors même que l'anesthésie avait pour but une opération rentrant dans ses attributions.

Certes, notre intention n'est pas de faire ici le procès du protoxyde d'azote dont nous avons eu souvent l'occasion d'apprécier les avantages employé pur ou par la remarquable méthode de M. Paul Bert. Mais nous constatons avec regret que le protoxyde d'azote est journellement administré par des dentistes qui n'ont pas les connaissances médicales suffisantes et qui ignorent même les propriétés toxiques de l'agent qu'ils emploient et les conditions qui peuvent rendre cet emploi moins dangereux. Ce que les plus habiles chirurgiens ne font qu'avec les plus grandes précautions, un individu non diplômé le fait tous les jours sans la moindre appréhension. Il existe des dentistes fort habiles, nous en convenons, mais il est bien permis de ne pas être très rassuré sur le sort des opérés quand on pense que le premier venu s'arroge le droit de préparer, d'acheter et d'administrer *seul* le protoxyde d'azote.

Mais en admettant même que l'opérateur soit diplômé et possède toutes les connaissances nécessaires, nous pensons que, *dans aucun cas*, il ne doit administrer le gaz nitreux sans avoir examiné le cœur de son patient et surtout sans être assisté d'un confrère. Tous ceux qui sont familiarisés avec la pratique de l'art dentaire savent que l'administration de cet anes-

---

vations. Je répondis qu'ils ne craignissent rien, et que je les priais d'être les témoins d'une scène dont ils se souviendraient.

« Aussitôt quatre jeunes médecins me prennent et me portent dans le bain dont je ne sentis pas le frais, mais dans lequel je sentis bientôt se ranimer mes forces. Cependant, celui de mes confrères qui tenait mon bras, effrayé de voir le pouls tomber en quatre minutes de 120 à 72 pulsations, qui est son type de santé, dit aux autres que le pouls se concentrait par le refoulement du sang dans la poitrine. Moi, qui sentais renaître mes forces, je lui répondis du fond de l'eau qu'il se trompait, car je me sentais mieux et moins oppressé. Au reste, leur dis-je, vous croyez que le froid agit sur moi comme sur vous, et vous vous trompez sur ce point, car vous voyez bien que je ne tremble pas ; et alors, sortant une de mes mains de l'eau, je leur fis voir que ma peau ne faisait pas chair de poule. Après douze minutes de séjour dans l'eau, commençant à sentir le froid, j'avertis qu'il était temps de me mettre dans mon lit.

« Voilà l'histoire de mon premier moyen; en voici les effets: J'ai laissé dans l'eau ma fièvre et mon crachement de sang, de telle manière que, trois ou quatre heures après, j'ai senti le

thésique exige le maniement d'appareils relativement compliqués et que le même individu ne peut à la fois donner le gaz, surveiller le pouls et pratiquer l'opération. L'attention de l'opérateur est forcément divisée par ces occupations multiples, et des symptômes dangereux peuvent se produire au moment où il est dans l'impossibilité de les combattre. On sait, en effet, que le protoxyde d'azote est surtout redoutable par la rapidité des phénomènes qu'il détermine, phénomènes dont la surveillance est très difficile, parce qu'ils ne sont pas progressifs, mais presque toujours instantanés et imprévus.

Cela dit, nous ne pensons pas que le fait survenu à M. D*** soit de nature à nous faire repousser l'usage du gaz nitreux. Cet agent rend, en effet, des services considérables dans la pratique dentaire où l'emploi des anesthésiques est aujourd'hui reconnu nécessaire par la plupart des chirurgiens. Mais, nous le répétons, la préparation du protoxyde d'azote réclame les soins les plus minutieux et ne doit être confiée qu'aux personnes ayant quelques notions de chimie et connaissant les propriétés des différents composés formés par l'union chimique de l'azote et de l'oxygène.

Les composés de l'azote et de l'oxygène sont au nombre de cinq, mais nous n'avons à nous occuper, à notre point de vue, que des deux suivants qui sont neutres : le protoxyde d'azote (AzO), et le deutoxyde d'azote (AzO^2). Pour employer AzO avec sécurité comme anesthésique, il faut avoir une idée exacte des

---

besoin de substance nourrissante. Quelques cuillerées à café de crème d'orge me suffirent. Depuis lors, ma convalescence a marché d'une manière imperturbable, sans que j'aie employé aucun autre moyen..... »

Dr H. Cellard.

(*Lyon Médical*, n° 20, avril 1884.)



Vacances médicales. — Voir pour les postes médicaux vacants aux annonces.



propriétés de AzO^2, car ce dernier se trouve toujours en combinaison avec AzO lors de la production de celui-ci, et il est absolument nécessaire de l'en séparer pour que AzO soit propre à l'inhalation. Le meilleur procédé pour accomplir cette séparation consiste à liquéfier le composé par la pression, car AzO^2 n'a jamais pu être liquéfié et est très peu soluble dans l'eau.

La propriété la plus dangereuse du protoxyde d'azote est son affinité pour l'oxygène avec lequel il entre immédiatement en combinaison lorsqu'il est exposé à l'air ; introduit dans le poumon, il s'unit à l'air qui y est contenu et il se forme de l'acide nitreux qui est, comme on le sait, un poison violent.

Lorsqu'on respire du protoxyde d'azote impur, c'est-à-dire contenant du deutoxyde, on éprouve immédiatement une sensation de chaleur et de suffocation en même temps qu'une saveur cuivreuse; ces symptômes annoncent que le gaz est impropre à l'usage. Le protoxyde d'azote pur a un goût doucereux, presque sucré. Préparé et administré avec les précautions que nous venons d'indiquer, il est absolument sans danger. C'est ainsi que nous avons pu, avec Marion Sims, maintenir des malades pendant près d'une heure sous l'influence de cet anesthésique pour de grandes opérations et que le gaz nitreux a été employé des milliers de fois dans le *New-York Anesthetic Institute* sans produire d'accidents bien avant que la méthode Bert soit venue témoigner de ses avantages.

Nous n'insisterons pas davantage sur la valeur des procédés qui permettent d'employer le protoxyde d'azote avec plus ou moins de sécurité ; nous dirons seulement, en terminant, que cet agent peut rendre des services considérables dans la pratitique de la chirurgie dentaire, mais qu'on ne doit l'administrer qu'avec les précautions dont on entoure habituellement l'emploi du chloroforme ou de l'éther. Les quelques caractères chimiques que nous venons d'exposer n'ont d'autre but que de prouver que l'obtention et la préparation du protoxyde d'azote ne sont pas des opérations aussi simples qu'on le croit généralement, et que ce gaz, préparé et administré par des mains inexpérimentées, peut devenir des plus dangereux : le fait de M. D*** en est un triste exemple.

S'il nous était permis de donner un conseil aux nombreux praticiens qui exercent honorablement l'art dentaire à Paris, nous leur dirions: N'employez jamais le protoxyde d'azote sans être assisté d'un confrère muni d'un diplôme régulier; en agissant ainsi, vous offrirez à votre malade plus de sécurité, vous

pratiquerez une meilleure opération et vous mettrez votre responsabilité à l'abri au cas où un accident, quel qu'il soit, viendrait à se produire.

REVUE CRITIQUE

DE L'INFLUENCE DE L'AGE SUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES PRIMIPARES AGÉES.

Nous réunissons sous ce titre l'analyse de deux travaux importants qui éclaircissent un point très controversé jusqu'à ce jour.

De l'influence de l'âge sur le travail chez les primipares, par Kleinwachter. Dans son mémoire l'auteur cherche à montrer quelle est l'influence sur la grossesse, le travail, sur le trouble apporté dans ses périodes et sur l'enfant, par l'âge auquel survient la première conception. Les matériaux sur lesquels l'auteur appuie ses déductions consistent en 920 observations de primipares dont l'âge varie entre 16 et 41 ans. Il compare aussi, autant que possible, ses résultats avec ceux obtenus par d'autres écrivains. Voici ses principales déductions : plus les primipares étaient vieilles, plus tardive a été la première apparition de la menstruation, et plus la menstruation a semblé irrégulière. Les conditions congénitales ou acquises qui rendent la menstruation tardive ou irrégulière. aussi bien que celles qui rendent le coït difficile pour le mari, et par conséquent la conception difficile pour la femme, se rencontrent plus fréquemment chez les femmes âgées, rarement chez celles d'âge moyen, tout à fait exceptionnellement chez les jeunes. Des complications morbides accidentelles, en dehors de l'état de gravidité, atteignent rarement les jeunes primipares, les vieilles plus fréquemment ; tandis que lorsqu'elles coïncident avec la grossesse, elles atteignent beaucoup plus fréquemment les vieilles que les jeunes. L'hémorrhagie pendant la grossesse est plus susceptible de survenir chez les jeunes que chez les vieilles. La quantité du liquide amniotique ne semble pas varier avec l'âge, mais la durée du travail est considérablement augmentée en rapport avec l'âge, et l'inefficacité des douleurs comme cause de prolongation s'observe par-

ticulièrement chez les primipares. Aussi doit-on employer plus souvent le forceps à mesure que l'âge s'accroît. Son emploi est moins fréquent entre 20 et 29 ans.

La mortalité pour cent qui résulte de son emploi s'élève avec l'âge de la patiente. Plus les primipares sont âgées, plus les ruptures du périnée semblent fréquentes, plus aussi les hémorrhagies post partum, quoiqu'il paraisse que ces dernières ne sont pas aussi fréquentes qu'on l'á pensé.

Avec l'âge il y a une plus grande tendance à la maladie des reins, et aussi à l'œdème sans lésion rénale ; il y a moins de tendance, par contre, à la mastite, et il y a un amoindrissement de la faculté de nourrir. Les primipares âgées tombent malades et meurent de fièvre puerpérale plus fréquemment ; elles ont une plus grande tendance à la manie puerpérale, et présentent une plus grande morbidité et une plus grande mortalité pour cent par le fait des maladies de l'état puerpéral.

Il y a un contraste absolu avec les primipares entre 20 et 29 ans. L'accouchement prématuré spontané est très fréquent chez les primipares âgées ; les jeunes en sont particulièrement exemptes. Plus elles avancent en âge, plus elles sont exposées aux présentations vicieuses, principalement à celles du siège et à celles de la tête ou à la fin du travail la rotation ne se fait pas. Il n'y a aucune connexion causale entre la déformation du bassin et l'âge auquel survient la première grossesse. La naissance des enfants mâles est beaucoup plus fréquente à mesure que l'âge s'accroît, excepté toutefois de 20 à 21 ans, où les filles sont plus nombreuses.

Suivant Hecker, Wernich et autres, le premier enfant serait d'autant plus gros et long que la mère serait âgée, le cordon ombilical tomberait plus tôt chez le premier né de la vieille primipare, et ce serait le contraire chez la jeune. Avec l'âge s'accroît la tendance aux naissances doubles et diminue la probabilité d'enfants mal conformés.

La mortalité infantile à la naissance augmente avec l'âge de la mère, atteignant chez les plus âgées un chiffre appréciable. — (*The amer. Journ. of. Obst.* et *Zeitsch. f. geb. und, gyn.* X. I.)

De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées, par M. Courtade. — Les auteurs sont loin d'être d'accord sur l'influence que peut avoir l'âge sur la fécondation, la grossesse et l'accouchement; pour les uns, elles est sérieuse; pour les autres, elle est nulle. De quel côté se trouve la

vérité? En France, on s'est peu occupé de cette question dans ces dernières années. A l'étranger; au contraire, elle a fait l'objet de nombreux travaux. M. Courtade, dans son mémoire, a cherché à établir un jugement définitif et rigoureusement déduit. Il a basé ses déductions sur l'étude de 6222 observations, parmi lesquelles 316 concernaient des primipares âgées de 28 ans et au-dessus. Il a divisé ces primipares en trois groupes : le 1er de 28 à 30 ans en comprenant 143; le 2e de 30 à 35 en comprenant 125, et le 3e de 35 ans et au-dessus, 48. — La proportion des primipares âgées par rapport au nombre des accouchements est de 5,08 %. Voici, aussi brièvement que possible, les conclusions de l'auteur:

Chez les primipares âgées, d'une façon générale, on constate un retard assez marqué dans l'établissement des fonctions menstruelles. Mais de l'examen des chiffres dans les trois groupes cités plus haut résulte ce fait que la proportion pour cent du début tardif de la menstruation n'augmente pas avec l'âge, comme le veut Kleinwachter. M. Courtade n'a pu vérifier cette autre opinion de ce dernier auteur, à savoir qu'à mesure que l'âge augmente, la menstruation devient plus irrégulière.

L'opinion presque unanime des auteurs est que les rétrécissements du bassin sont plus fréquents chez les primipares âgées ; en examinant la statistique de l'auteur, on constate ce fait que plus les primipares sont avancées en âge, et plus est élevée la proportion des bassins rétrécis. On observe aussi des vices de conformation remontant au jeune âge, tels que scolioses, coxalgie, etc. En admettant la fréquence des malformations congénitales ou acquises, y a-t-il entre ces affections et la primiparité tardive, un rapport de cause à effet ou une simple coïncidence ? L'auteur tend à admettre avec Kleinwachter que ces malformations, par leur présence, constituent pour l'homme un empêchement matériel ou psychique à exercer le coït, et par là même, retardent la manifestation de la première conception ; mais il ajoute qu'il y a à tenir compte du rôle psychique de la femme qui, soit par crainte, soit par amour-propre, évite pendant un temps plus ou moins long les rapports intimes.

L'influence de l'âge sur la durée de la grossesse parait absolument nulle. Abstraction faite des cas où l'accouchement a été provoqué, on remarque que l'accouchement avant terme se présente avec une fréquence bien au-dessus de la normale. Ce qui pourrait expliquer cette fréquence, c'est la morbidité

plus grande pendant la grossesse. L'auteur n'a pas trouvé d'observation d'accouchement retardé. Quoiqu'il n'ait trouvé que quelques cas de grossesse gémellaire, la proportion dépasse cependant notablement la normale, et il se croit autorisé à conclure que la fertilité gémellaire croît parallèlement avec l'âge ; mais c'est surtout, comme l'a montré Kleinwachter, à l'âge qui correspond au maximum d'activité sexuelle de la fem- (23 à 30 ans) que se rencontre le plus ordinairement la grossesse gémellaire. D'après Hecker la grossesse extra utérine serait plus fréquente chez les primipares âgées que chez les jeunes.

Les phénomènes sympathiques de la grossesse, les malaises sont plus fréquents chez les primipares âgées. L'auteur reproduit, sans avoir pu les contrôler, ces conclusions de Kleinwachter : les complications morbides accidentelles et les complications liées à la grossesse augmentent parallèlement avec l'âge. Mais il ne saurait accepter cette autre conclusion que les hémorrhagies avant l'accouchement diminueraient avec l'âge : ses observations semblent montrer absolument le contraire. Il lui paraît plus logique de dire que les hémorrhagies pendant la grossesse n'offrent rien de particulier chez les vieilles primipares. Il n'en est pas de même de l'albuminurie, qui est certainement plus fréquente ; on peut en dire autant de l'œdème simple des membres inférieurs. Quant à l'éclampsie, M. Courtade se rallie à l'opinion de tous les auteurs, Kleinwachter excepté, qu'elle est plus fréquente chez les vieilles primipares.

La durée du travail chez les primipares âgées est-elle plus longue ? En tenant compte seulement des observations dans lesquelles la durée de chaque période du travail a été notée avec soin et en admettant le chiffre 15 heures comme étant la moyenne normale, l'auteur trouve 21 heures. La durée moyenne du travail chez les primipares âgées est donc plus longue de six heures environ. Quant à l'augmentation, elle porte sur les deux périodes, mais inégalement ; c'est la première période qui surtout augmente de longueur. Quelles sont les causes de la lenteur du travail ? 1° La faiblesse des contractions utérines et leur irrégularité ; faiblesse et irrégularité qui reconnaissent pour causes, une certaine débilité générale pouvant se rattacher aux maladies antérieures et dans certains cas, la distension exagérée de l'utérus ; 2° la rigidité des parties molles. Cette rigidité des parties molles explique la fréquence des déchirures du périnée chez les vieilles primipares.

L'ankylose du coccyx peut quelquefois ralentir le travail. Ce ralentissement est parfois le fait du fœtus qui se présente en mauvaise position. Quant à la délivrance, l'auteur admet qu'elle est généralement retardée et 14 fois on a dû faire la délivrance artificielle. Il constate que les primipares âgées semblent plus exposées aux hémorrhagies post-puerpérales. — Dans 69 cas on a dû intervenir, et c'est surtout au forceps qu'on a eu recours. Prises en bloc, les opérations obstétricales augmentent en nombre avec l'âge; mais, chose bizarre, Kleinwachter a remarqué que le nombre des applications de forceps diminuent avec l'âge. M. Courtade a constaté, au contraire qu'à la clinique, il a augmenté avec l'âge, ce qui semble logique à priori.

La fréquence de l'intervention explique la haute mortalité des parturientes. La statistique de l'auteur donne 14,33 %. Elle est plus élevée que la plupart de celles données par les auteurs. Cela tient sans doute au grand nombre de déformations pelviennes et, vu que les nouvelles accouchées ont été suivies longtemps, si on examine le chiffre de la mortalité par catégorie, on voit qu'il croît chez les vieilles primipares en même temps que leur âge.

De la statistique il résulte que l'âge de la mère n'exerce sur le sexe de l'enfant qu'une influence encore très problématique. Bidder est arrivé aux résultats suivants : les très jeunes primipares engendrent beaucoup plus de garçons ; les primipares d'âge moyen engendrent plus de filles ; passé cette période, on trouve plus de garçons. D'après la plupart des auteurs allemands le poids des enfants augmenterait avec l'âge. Courtade avec Mangiagolli et Kleinwachter, admet au contraire, sans toutefois conclure, qu'il tend plutôt à diminuer passé 30 ans. Il montre aussi que le nombre des présentations vicieuses augmente avec l'âge des primipares. Ce sont les présentations du siège et de la face surtout qui semblent plus fréquentes. Quant à la mortalité des enfants chez les vieilles primipares, elle est fort élevée, puisqu'elle atteint 14,24 % ; les auteurs étrangers trouvent même une mortalité beaucoup plus forte. Cette mortalité croît directement avec l'âge de la mère. — (*Archives de tocologie*, juin, juillet, août et septembre 1884.)

D[r] Ad. Olivier.

DES CLIMATS FROIDS APPLIQUÉS AU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

(*Suite.*)

Nous sommes bien loin aujourd'hui des modestes essais tentés par Brehmer en 1859 dans le *Sanatorium* de Gosbersdorf dont l'altitude ne dépassait pas 500 mètres. A cette époque, il n'était pas encore question d'envoyer les phthisiques de toute modalité et à tous les degrés hiverner au milieu des neiges, à 1.800 et à 2.000 mètres de hauteur. Le médecin silésien se bornait à préconiser les avantages hygiéniques de la vie en plein air, au sein d'un climat reconstituant, secondé dans ses effets physiologiques par l'emploi méthodique de l'hydrothérapie, de la gymnastique pulmonaire.

Ce mode de traitement n'était, en définitive, que l'application des idées professées par Stewart, de Glasgow, le grand clinicien de Dublin, Graves, dans la prophylaxie de la tuberculose.

Deux médecins suisses, Spengler et Ungern, et un allemand, le Dr Küchenmeister, trouvèrent sans doute la doctrine de Brehmer trop terre à terre et crurent en élever le niveau doctrinal en exagérant la pensée du maître.

Ils établirent comme principe fondamental de leur méthode de traitement le séjour des phthisiques en hiver dans les climats rigoureux, à de hautes altitudes. Les *Sanatoria* de Duros-Platz, de St-Moritz, de Samaden, inaugurèrent les applications de cette nouvelle médication.

Tout paradoxal, tout contraire qu'il fût à la tradition et aux données cliniques en phthisiothérapie, il était sûr de trouver des partisans. Ce serait se faire une fausse idée des tendances de l'esprit humain que de croire qu'il pût en être autrement.

Cependant, hâtons-nous de le dire, la doctrine allemande compte peu de promoteurs en France. M. le professeur Jaccoud en est, on peut le dire, le seul représentant officiel. Son livre sur la *Curabilité et le Traitement de la phthisie Pulmonaire* est un chaleureux plaidoyer de la thérapie de la tuberculose par les climats rigoureux. Si l'on y retrouve le savant clinicien et l'écrivain distingué, il est regrettable que

les qualités incontestables de l'œuvre soient amoindries par un esprit de partialité poussé jusqu'à l'injustice et l'inexactitude toutes les fois qu'il s'agit de la valeur thérapeutique des climats chauds.

Je n'entreprendrai pas, dans cette simple communication, l'examen doctrinal de la question. La climatologie est aujourd'hui parfaitement fixée sur les effets physiologiques de l'air raréfié. Les travaux de Martini, Jourdanet, Lombard et plusieurs autres observateurs non moins autorisés nous ont donné sur cette question des documents précis. Je me bornerai à formuler quelques objections visant les points les plus discutables de la doctrine.

Une lacune grave nous frappe de prime abord dans cette médication :

L'insuffisance du critérium dans les indications et les contre-indications de son emploi. C'est M. Jaccoud lui-même, son éloquent avocat, qui nous la signale, quand il nous dit à la page 424 de son ouvrage :

« Malgré la netteté et l'apparente précision des règles que j'ai « formulées, je ne dois pas vous cacher qu'en dehors de la « période de prophylaxie, la détermination relative du séjour « des altitudes est une des plus délicates et des plus difficiles « de la pratique médicale. Elle reste, quoi qu'on fasse, une « question purement individuelle, dont la solution se dérobant à tout arrêt, peut être aidée, et non point donnée par « des règles dogmatiques. Ce traitement est puissant ; il est « aussi puissant pour le mal que pour le bien ; il n'est pas in- « différent. Il est ou très nuisible ou très utile, selon qu'il « est mal ou bien approprié aux conditions individuelles, et « l'embarras est encore accru par ce fait que l'observation et « l'expérience sont les seuls guides certains d'un jugement qui « défie toute fixité.. »

Pareil aveu de la part de M. Jaccoud me dispense de toute réflexion. Ainsi avertis, les médecins soucieux de leur responsabilité et de la vie de leurs malades y regarderont à deux fois avant de soumettre leurs phthisiques à un mode de traitement où l'on joue quitte ou double. Il est vrai que M. Jaccoud, dans un désir bien naturel d'atténuer le fâcheux effet de sa déclaration et de dissimuler le côté faible de sa doctrine, s'empresse d'ajou-

ter, quelques lignes plus loin, que les difficultés d'appréciation et les dangers d'une fausse direction sont aussi grands lorsqu'il s'agit du choix d'un climat chaud. Ce que nous nions absolument. L'analogie ne sera admise par aucun praticien. Jamais un climat chaud, pour accentué que soit sa météorologie, Catane, Achi-Réale, Madère, Malaga, ne pourra exercer sur un phthisique, quelque grande que soit sa susceptibilité organique, des effets aussi rapides et aussi décisifs que l'air glacial, sec, rare et cru qui caractérise l'atmosphère hivernale des altitudes.

C'est élémentaire. Comme la plupart des médecins des stations hivernales, j'ai vu bien souvent l'air toni-sédatif de Menton réparer les désordres que les climats plus puissants d'Alger, ou de la Sicile avaient pu déterminer sur certains phthisiques victimes d'une fausse médication ; mais, par contre, j'ai connu des malades qui ont payé de leur vie un séjour imprudent et inopportun dans les Sanatoria de la Suisse.

D[r] CAZENAVE DE LA ROCHE.

REVUE CLINIQUE

DES ALTÉRATIONS DE L'OUIE DANS LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

Par le D[r] HERMET (1)

Les altérations de l'ouïe dans le rhumatisme blennorrhagique se rencontrent rarement. Eles n'ont, je crois, jamais été signalées ; c'est ce qui m'a engagé à publier l'observation suivante. Je ne l'ai recueillie qu'au point de vue spécial qui m'occupe. Elle a été publiée in extenso par les soins de M. le professeur Fournier, dans le service duquel se trouvait le malade.

C'était un homme de 35 ans, d'une bonne constitution, qui à l'époque de son entrée à l'hôpital (avril 1882), avait eu 5 blen-

(1) Mémoire lu à la Société médicale de l'Elysée dans sa séance du 6 octobre 1883. (Voyez le compte rendu p. 900).

norrhagies, toutes compliquées d'accidents dont voici la nomenclature :

En 1876, 1re blennorrhagie : conjonctivite, arthrite du genou et de l'articulation tibio-tarsienne consécutives, durée 43 jours.

En 1877, 2me blennorrhagie. — Conjonctivite et rhumatisme généralisé. Les articulations temporo-maxillaires et sterno-claviculaires ont été atteintes. Durée 7 mois.

En 1879, 3me blennorrhagie. — Arthrite des articulations métatarsiennes. Durée 40 jours.

En 1880, 4me blennorrhagie. — Conjonctivite, rhumatisme généralisé, céphalalgie intense, bourdonnements. Durée 60 jours. Après la guérison de la blennorrhagie et du rhumatisme, il ressentit dans l'oreille gauche des douleurs très vives. Elles se terminèrent par un écoulement qui dura 15 jours pendant lesquels le malade fut très sourd. L'examen au spéculum que je pratiquai deux ans après me donna la presque certitude qu'il avait été atteint d'une otite moyenne aiguë.

La guérison de ce 4me rhumatisme fut relative, car depuis le malade marche difficilement.

En 1882, 5me blennorrhagie pour laquelle il entra dans le service de M. le Professeur Fournier, à l'hôpital St-Louis, où je pus étudier les curieux phénomènes que je vais relater.

Cette blennorrhagie compliquée d'arthrites qui avaient successivement atteint plusieurs articulations datait du mois d'avril, lorsque le 30 décembre il fut pris brusquement de maux de tête et de bourdonnements très intenses. Dès qu'un bruit quelconque se produisait dans son voisinage, il ressentait dans les deux oreilles une douleur vive. Instinctivement il y portait la main et essayait, en les bouchant, d'atténuer l'intensité du bruit. Si on lui parlait à voix basse. la douleur était légère; elle augmentait notablement dès qu'on élevait la voix : un son aigu tel qu'un coup de sifflet la rendait intolérable.

Je pratiquai l'examen au spéculum, et le résultat, je dois l'avouer, fut presque négatif.

Dans l'oreille gauche je constatai une plaque calcaire siégeant sur le segment postérieur de la membrane du tympan. Elle pouvait être due aussi bien à l'otite purulente qui était survenue en 1880 qu'à ses rhumatismes. En effet, si on trouve souvent sur les tympans des malades qui ont été atteints d'o-

tite purulente des plaques calcaires à l'endroit même où siégeait la perforation, il arrive fréquemment de les voir survenir d'emblée sans lésion locale prémonitoire chez les goutteux et les rhumatisants. Il n'existait aucune autre altération qu'une légère hypérémie au niveau de la chaîne des osselets.

L'oreille droite était normale, le tympan n'était pas altéré, on apercevait facilement le triangle lumineux. Au niveau de la chaîne existait la même hypérémie que du côté opposé.

Les choses restèrent dans le même état jusqu'au 15 janvier 1883, c'est-à-dire pendant 16 jours. Tant qu'on faisait silence autour de lui, le malade ne souffrait pas; au moindre bruit les douleurs reparaissaient, et d'autant plus vives que le bruit était plus intense. Il se plaignait en même temps de bourdonnements qu'il comparait à un sifflet de chemin de fer. Je dois ajouter que *toutes les douleurs articulaires* avaient disparu dès que les accidents du côté de l'oreille s'étaient manifestés. Le 15 janvier tous ces phénomènes morbides disparurent aussi brusquement qu'ils étaient survenus; mais le lendemain, les deux articulations tibio-tarsiennes étaient le siège d'un gonflement manifeste, et le moindre mouvement provoquait une vive douleur.

Le 23 janvier, le gonflement et la douleur disparaissaient, et le soir même il ressentait dans les oreilles les mêmes phénomènes qu'auparavant. « Dès qu'on me parle un peu fort, disait le malade, je ressens dans les oreilles une douleur analogue à celle que je provoque dans mes articulations malades lorsque je leur imprime un mouvement. Un autre phénomène faisait en même temps son apparition : le malade qui, jusque-là, avait bien entendu malgré la douleur que lui causait le bruit produit par la voix articulée, ne distinguait plus qu'un bruit confus, dès que plusieurs personnes lui parlaient à la fois.

Le 26 janvier, les oreilles redevenaient normales, les articulations tibio-tarsiennes étaient de nouveau gonflées et douloureuses.

La maladie suivit cette même marche pendant de longs mois, ainsi qu'on peut le voir par le tableau ci-dessous, qui n'est que la copie exacte des notes que je prenais tous les jours.

29 janvier, les pieds vont mieux, l'oreille droite est reprise.

31 janvier, l'oreille est guérie, les pieds sont douloureux.

2 février, l'oreille gauche est atteinte, les pieds sont mieux.

5 février, amélioration notable, les bourdonnements ont disparu.

Je me demandais ce jour-là si ces altérations passagères de l'ouïe ne tenaient pas à une arthrite des articulations de la chaîne des osselets. Je fis pénétrer de l'air dans les caisses par le procédé de Valsalva, et dès que la chaîne des osselets entra en mouvement, les douleurs et les bourdonnements reparurent. A partir de ce moment, mon diagnostic était fait, et je vous dirai dans un instant par quel raisonnement j'y pus parvenir. Pour abréger cette observation déjà trop longue, je ne vous ferai pas suivre au jour le jour les phases par lesquelles le malade passa. Jusqu'en avril 1884, les mêmes symptômes se reproduisirent : Dès que les oreilles allaient mieux, une ou plusieurs articulations se prenaient pour redevenir normales, aussitôt que reparaissaient les troubles de l'ouïe. A cette époque, le malade se sentant mieux, et trouvant que ses attaques diminuaient d'intensité, quitta l'hôpital.

L'examen direct ne révélait, comme je l'ai dit, aucune lésion. Soupçonnant une arthrite de la chaîne, je procédai de la façon suivante pour convertir en un diagnostic raisonné ce qui n'était encore qu'une hypothèse. J'introduisis un spéculum dans l'oreille du malade, et sans perdre de vue la chaîne des osselets, je lui fis pratiquer le procédé de Valsalva qui consiste, comme vous le savez, à faire pénétrer de l'air dans la caisse. Dès que la colonne d'air y pénétra, que sous son influence la membrane du tympan devint un peu convexe, et que la chaîne des osselets entra en mouvement, le malade poussa un cri et accusa du côté de l'oreille une douleur très vive. Le diagnostic était nettement établi, et pour l'expliquer il est nécessaire d'entrer dans quelques détails anatomiques que je vais faire aussi courts que possible.

Anatomiquement la membrane du tympan se compose de 5 couches que cliniquement on peut réduire à 3.

1° Une couche externe ou cutanée.

2° Une couche moyenne ou fibreuse.

3° Une couche muqueuse.

Je ne fais que mentionner les couches cutanée et muqueuse qui dans le cas actuel ne présentent aucun intérêt.

La disposition de la couche moyenne a au contraire une importance capitale pour bien comprendre la nature des accidents observés chez le malade.

Elle est constituée par des fibres radiées, en contact avec le feuillet cutané, et par des fibres circulaires en contact avec le feuillet muqueux.

Si on dissèque une membrane du tympan qui a macéré quelques jours dans l'eau, on peut se convaincre qu'il est facile de séparer les fibres radiés des fibres circulaires jusqu'au point où est englobé le manche du marteau. A cet endroit, la connexité est telle qu'il est impossible de les isoler. Elles forment pour ainsi dire le périoste de cet osselet. Or le manche du marteau ne peut subir aucun mouvement sans que les autres osselets intimement liés à lui le subissent à leur tour.

Ces deux points établis (connexité du marteau avec la membrane, connexité du marteau avec les autres osselets), on comprend que la membrane du tympan ne peut entrer en vibration sans que la chaîne entre en mouvement. La membrane vibrant sous l'influence des ondes sonores, chaque fois qu'un bruit se produisait dans le voisinage du malade la vibration du tympan imprimait des mouvements à la chaîne des osselets, et par le fait de ses mouvements la douleur se produisait. Lorsqu'on exagérait ces mouvements en mettant fortement la membrane en dehors, par le procédé de Valsalva par exemple, la douleur devenait encore plus vive.

Lorsqu'aucun son ne se produisait, que par conséquent la chaîne était immobile, le malade, on s'en souvient, n'acccusait aucune douleur, aucun phénomène appréciable. Arrive-t-il autre chose pour l'arthrite blennorrhagique ? Non, certes, la douleur ne se manifeste qu'autant que des mouvements sont imprimés à l'articulation atteinte.

Un autre point de ressemblance avec le rhumatisme et qui a bien sa valeur : c'est que les phénomènes morbides du côté de l'oreille disparaissaient dès qu'une autre articulation était prise, laquelle guérissait à son tour aussitôt que les oreilles étaient de nouveau affectées.

Ces particularités suffisent amplement, je crois, à autoriser le diagnostic que je portai : Rhumatisme blennorrhagique de la chaîne des osselets.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

OBSTÉTRIQUE. — GYNÉCOLOGIE. — PÉDIATRIE.

Ovariotomie faite pour la seconde fois sur la même femme. — Le Dr Terrier publie une observation de ce genre, dont nous extrayons les remarques suivantes. Chez la malade dont il est question, la première opération fut difficile, il y avait des adhérences pariétales, épiploïques, intestinales, si bien qu'elle dura vingt minutes. A ce moment, l'ovaire droit était sain. La malade resta guérie pendant près de quatre ans. Au bout de ce temps, le ventre commença à enfler de nouveau et l'on fit une seconde ovariotomie, qui fut aussi assez pénible, vu les adhérences multiples, et dura plus d'une heure. Cette seconde opération permit d'extraire un kyste multiloculaire pesant 6 k. 500. En l'espace de quatre années moins un mois, une tumeur de 6 k. 500 a donc pu se développer, ce qui est d'autant plus admissible qu'on trouve beaucoup d'observations où la tumeur ne paraît dater que de deux ou trois ans. Un autre point intéressant, c'est que la première opération n'a nullement gêné la seconde intervention. Il faut noter cependant l'adhérence intime des téguments aux aponévroses sous-jacentes, si bien qu'on est arrivé directement jusque dans la cavité péritonéale en incisant des tissus cicatriciels.

La malade a guéri complètement ; ses règles ont absolument disparu depuis la seconde opération. On trouve donc encore ici une démonstration assez évidente de l'influence ovarienne sur l'écoulement menstruel.

En résumé, deux opérations assez pénibles d'ovariotomie ont pu être faites avec un entier succès sur une même femme à quelques années de distance. Ce fait est du reste aujourd'hui très connu. Sir B. Spencer Wells, dans son traité des tumeurs de l'ovaire, donne un relevé de treize opérations doubles où il n'enregistre que deux morts.

(*Union médicale*, 23 déc. 1883, p. 1073.)

Emile Piogey.

L'Hydrastis canadensis dans les affections utérines. — Le Dr Schatz prétend que dans bien des cas où l'on a

recours à l'intervention chirurgicale, on obtiendrait des résultats meilleurs et plus rapides par une médication interne.

Les troubles fonctionnels de l'utérus et des ovaires, les anomalies de la menstruation, les troubles nerveux directs ou réflexes, les symptômes produits par les phénomènes congestifs doivent toujours être combattus par une médication interne. C'est surtout dans ces cas que le changement de climat, les modifications apportées dans le genre de vie physique ou morale de la femme, les toniques nerveux produisent souvent les meilleurs effets.

Guidé par ces principes, l'auteur a employé l'extrait fluide d'*hydrastis canadensis* contre les troubles de la menstruation dans 50 cas, parmi lesquels il a compté 35 cas où le médicament avait produit de bons résultats. Il semble agir sur la muqueuse dont il excite les petits vaisseaux.

Dans des cas, où l'ergot avait été inefficace, le médicament précédent a agi avec un résultat des plus satisfaisants. Il a produit ses meilleurs effets surtout dans les métrorrhagies symptomatiques des myomes, dans la métrorrhagie des jeunes filles de 15 à 18 ans ; dans l'endométrite quand on emploie d'habitude la curette. Quand les règles sont trop rapprochées, cette substance les éloigne un peu et même parfois les supprime pour une ou deux fois. Quand il y a des myomes, les hémorrhagies disparaissent souvent pendant plusieurs mois.

La dose d'extrait liquide est de 20 gouttes, trois fois par jour.

(*Therapeutic Gazette*, janvier 1884, page 20.)

Paul Rodet.

De la tuberculisation des organes génito-urinaires, et de la cystite tuberculeuse. — Le Docteur Terrillon, suppléant de M. le professeur Gosselin, après avoir exposé deux observations remarquables de cystite tuberculeuse, examine les différents modes d'évolution du tubercule dans les organes génito-urinaires.

Dans une première forme, les testicules ouvrent la scène; ils suppurent les premiers, puis les lésions gagnent la prostate et les vésicules séminales, et en dernier lieu la vessie et les reins.

Dans la seconde forme, c'est la vessie qui se prend tout d'abord, puis la prostate et les reins. Dans cette variété, les testicules ne se prennent pas toujours.

Enfin, dans la troisième espèce, les poumons sont déjà tuberculeux lorsque les organes génitaux deviennent malades à leur tour.

Le Docteur Terrillon termine sa leçon par l'exposé clinique de la cystite tuberculeuse.

Il existe dans cette affection des lésions de plusieurs ordres ; il y a des lésions intéressant les tuniques muqueuses et musculeuses de la vessie et les lésions périphériques.

Dans la tunique muqueuse, surtout au niveau du trigone vésical, on trouve des granulations grises, soit isolées, soit confluentes, qui après leur destruction laissent des ulcérations de grandeurs différentes dont les bords sont ou taillés à pic ou festonnés et autour desquelles se développe une zone rougeâtre entourée elle-même d'une zone pigmentaire.

Dans les points où la muqueuse n'est pas ulcérée elle est noirâtre, pigmentée.

La tunique musculeuse participe vite à l'inflammation, s'œdématie : elles prend une épaisseur considérable et devient lardacée. Cet épaississement amène fatalement le rétrécissement de la capacité vésicale.

Consécutivement à ces lésions premières il peut se développer des perforations et des abcès secondaires de voisinage.

L'évolution des tubercules vésicaux étant ainsi connue, il est facile d'en déduire les symptômes.

Au début, les granulations déterminent rapidement la congestion de la muqueuse qui les contient ; une hémorrhagie peut en résulter, d'où hématurie. A la suite de ces pertes sanguines, l'état général du malade peut ne présenter rien de bien grave pendant quelque temps, puis il survient un ténesme vésical assez violent explicable du reste par le siège ordinaire de la lésion qui est le trigone vésical, et qui force les malades à se coucher accroupis, de manière à détendre les muscles de l'abdomen et à éviter la compression de l'organe atteint.

L'urine offre tous les caractères qu'elle présente ordinairement dans la cystite chronique, avec cette différence cependant

qu'elle est plus floconneuse et contient plus de pus que de mucus.

Le pronostic de la cystite tuberculeuse est très grave, car si la tuberculose est susceptible de guérison dans d'autres organes, elle est absolument incurable lorsqu'elle occupe la vessie. Cela tient peut-être à la présence continuelle de l'urine au niveau des lésions.

Le traitement souvent inefficace est des plus difficiles à instituer : les lavements laudanisés, les cataplasmes, les suppositoires n'ont jamais soulagé que fort peu les malades.

La mort arrive dans cette affection soit par urémie, soit par le fait même des désordres locaux. (*Progrès médical*, 1884, nº 38.)

Dr FISSIAUX.

Tumeur ganglionnaire du cœur chez un nouveau-né, prise pour une halhéocèle, par REMIEL et LEPRÉVOST. — Il s'agit d'un garçon d'un mois, vigoureux et bien constitué, qui portait sur la partie latérale gauche du cou une petite tumeur du volume d'une noisette. Cette tumeur a été constatée dans les premières heures de la vie, mais elle a augmenté de volume, et présente, au moment où l'enfant est amené à la consultation du Dr de St-Germain, le volume d'une petite noix. Elle est placée immédiatement en dehors et au-dessous du cartilage cirioïde, en avant du sterno-mastoïdien et descend jusqu'à environ 2 centimètres de la clavicule. A son niveau, la peau a conservé sa couleur et sa température normale : elle glisse facilement au-dessus d'elle et n'est sillonnée par aucun vaisseau.

Sous la pression des doigts, elle s'affaisse complètement ; aucune crépitation, aucune sensation particulière ne dénonce le déplacement de bulles d'air ou d'un liquide quelconque. Elle reste réduite jusqu'à ce que l'enfant crie; elle devient alors plus saillante et plus volumineuse ; sa consistance augmente, mais elle n'est le siège d'aucun battement ou souffle.

Réduite ou non, elle ne paraît ni gêner, ni faire souffrir l'enfant, dont la voix est assez forte.

L'idée d'une tumeur érectile écartée, reste l'hypothèse d'une halhéocèle.

Au bout d'une quinzaine, la santé, jusque-là parfaite, s'altère, la tumeur augmente jusqu'à prendre le volume d'une petite orange; elle est devenue irréductible et la peau ne glisse plus à sa surface. Fièvre, dyspnée, amaigrissement.

Quelques jours plus tard, des signes d'asphyxie se manifestant, on fait une ponction aspiratrice qui donne issue à 5 ou 6 grammes d'un pus séreux, mais aucun soulagement ne se produit, et l'enfant succombe dans la journée.

L'autopsie démontre que la tumeur est placée en arrière du sterno-mastoïdien qu'elle déborde en avant et surtout en arrière. Inférieurement elle plonge derrière la clavicule. Elle envoie un prolongement qui arrive au contact de la trachée et englobe le paquet vasculo-nerveux du cou. Le jugulaire interne est aplati et renferme un long caillot fibrineux dans sa cavité.

La trachée est absolument normale ; ses anneaux sont complets et n'offrent avec la tumeur que des rapports de contiguïté. Dans son ensemble la tumeur se présente sous l'aspect d'une masse grisâtre assez régulièrement arrondie, sectionnée suivant son grand axe; elle présente une cavité très anfractueuse, cloisonnée, et comme aréolaire. Sa cavité est absolument vide et ses parois présentent plus d'un centimètre d'épaisseur. Elle ne communique avec aucun organe voisin.

Il s'agissait donc d'une adénite avec épaississement de la capsule.

Il est probable qu'au début le ganglion hypertrophié était placé sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien au-devant de la veine jugulaire interne. Pendant les cris et les efforts, la turgescence de la veine rendait le ganglion plus saillant et lors qu'on le pressait entre deux doigts, il disparaissait derrière le muscle.

Les accidents de compression s'expliquent facilement par l'augmentation graduelle de volume.

(*France médicale*, 27 mai 1884.) R. C.



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

De l'Intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes, par le Dr Alfred POUSSON (1 vol.-in 8e, Masson, 120, Bd St-Germain). — On peut diviser en trois périodes les travaux relatifs au traitement des tumeurs de la vessie :

Dans une première période, qui s'étend depuis l'année 1750, époque à laquelle Warner enleva avec succès un polype de la vessie d'une femme âgée de 23 ans, jusque vers l'année 1830, où commencent les tentati ves de Civiale, on ne fait presque l'extirpation des tumeurs de la vessie qu'à l'occasion d'autres opérations sur cet organe, le plus souvent à l'occasion de la lithotomie.

La seconde période, commençant vers 1830 pour se terminer en 1860, est remplie par les essais de Civiale, Leroy d'Etiolles et Mercier.

La troisième période s'ouvre en 1875 par l'opération heureuse de Billroth, qui enlève de la vessie d'un enfant un myome énorme, du volume du poing. Parmi les travaux principaux, nous devons citer ceux de Thomson, Whitehead et Pollard en Anglerre, ceux de M. Bazy et de M. le professeur Gayon en France.

Les tumeurs de la vessie peuvent être *bénignes* (papillomes, myxomes, fibromes, myomes) ou *malignes* (épithéliomes) carcinomes (squirrhes-encéphaloïdes, ocolloïdes, sarcomes). Des statistiques de Stein, Thompson, Féré, on peut conclure que les tumeurs bénignes sont les plus fréquentes. Quant au siège qu'elles occupent, tous les auteurs sont unanimes pour admettre que leur siège de prédilection est la base, puis viennent le trigone, la paroi postérieure, le voisinage des uretères; le col, la paroi antérieure, les parois latérales, le sommet sont rarement le siège du néoplasme. La plupart sont pédiculées; la minorité infiltre les parois. Les ganglions pelviens et lombaires sont le plus souvent intacts lors des tumeurs malignes.

Les lésions inflammatoires de la vessie sont tardives et même exceptionnelles, en l'absence de toute provocation, au-

tre que celle du néoplasme. Les lésions des reins paraissent également tardives.

Parmi les symptômes rationnels des tumeurs de la vessie, les uns sont vulgaires et se voient dans toutes les affections de la vessie (mictions difficiles, fréquentes ou douloureuses, rétention ou incontinence des urines); d'autres sont propres à ces néoplasmes (débris de tumeur dans les urines, hématuries). Dans ses cliniques, M. le professeur Guyon insiste beaucoup sur les caractères de ces hématuries qui sont *non douloureuses, spontanées, de longue durée, ne disparaissent pas par le repos et cessent brusquement et sans cause*, tandis que dans les calculs vésicaux l'hématurie est *douloureuse, provoquée par la fatigue, la marche, la voiture, de courte durée et disparaît par le repos*, et dans les maladies des reins elle s'accompagne de *douleurs dans les lombes, est moins souvent spontanée, provoquée par fatigues, efforts, de courte durée, n'est prolongée qu'à la fin et se repète souvent.*

Dans l'intervalle des hématuries, les urines sont claires et ne contiennent ni mucus, ni jus.

La constatation des débris de la tumeur est utile, mais non indispensable pour faire le diagnostic.

La douleur est un symptôme inconstant et qui manque souvent.

La tumeur se présente quelquefois à l'orifice de l'urèthre ; c'est ce que l'on a observé chez la femme surtout.

Par le palper abdominal, on constatera l'état de la région prévésicale, des fosses iliaques, et on explorera la région des ganglions lombaires.

Le toucher rectal chez l'homme, vaginal chez la femme, donnera des renseignements bien autrement précieux, surtout s'il est associé au palper hypogastrique sur le siège, le volume, la mobilité de la tumeur.

Le *cathétérisme vésical* donne souvent des résultats négatifs, et peut, dans quelques cas, provoquer des hématuries abondantes. Aussi doit-il être fait avec prudence et suivant les règles données par M. Guyon.

Quant à l'*exploration digitale de la vessie*, elle n'est guère employée que chez la femme. Chez l'homme elle doit être précédée d'une opération préliminaire que les Anglais ne

craignent pas de pratiquer et, comme le dit avec juste raison M. Pousson, « tous les autres modes d'exploration suffisent « amplement à apporter la conviction dans l'esprit du prati- « cien et nous ne croyons pas qu'instruit sur l'évolution symp- « tomatique des néoplasmes vésicaux, un chirurgien en soit « réduit à ce moyen extrême d'ouvrir la vessie pour savoir ce « qui cause les troubles dont se plaint le patient. »

Si nous analysons les diverses statistiques donnant les résultats de l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie, nous trouvons que celle-ci est justifiée, et que si elle ne prolonge pas la vie des malades, elle fait cesser les hématuries et les douleurs ; qu'elle est moins meurtrière et suivie de plus de succès chez la femme que chez l'homme ; que les plus beaux succès se montrent surtout dans l'âge adulte.

Quelles sont les indications de cette intervention ?

1° *Intervention facultative permise*, dans les cas à tumeurs de diagnostic certain, petites, pédiculées, ne donnant lieu à aucun accident important.

2° *Intervention obligatoire* dans tous les cas de tumeurs pédiculées, sessiles ou impalpables, toutes les fois qu'elles déterminent des accidents graves : « Douleur, hématurie, envies fréquentes d'uriner, rétention d'urine. Miction douloureuse. »

Quant aux contre-indications, signalons la généralisation des tumeurs de la vessie (rare), les lésions rénales à l'état aigu, les adhérences de la vessie atteinte de néoplasme aux autres organes du petit bassin.

L'opération devra se faire en dehors de toute hématurie ; toutefois, l'hématurie n'est pas une contre-indication et dans plusieurs de ses observations M. Pousson, cité comme le meilleur hémostatique, l'ouverture de la vessie.

Chez la femme la meilleure méthode d'exploration consiste à dilater l'urèthre et à introduire l'index dans la vessie pour chercher les caractères de cette tumeur. Chez l'homme faut-il pratiquer, à l'exemple de sir Henri Thompson et de Whitehead, la *boutonnière périnéale* ? Pour M. Guyon, et beaucoup de chirurgiens français, ce mode d'exploration est inutile ; il donne des renseignements incomplets, et peut être l'origine d'accidents. L'*incision hypogastrique* est pour M. Pousson la voie

par excellence de l'extraction ; elle seule, fait cesser les douleurs et les hématuries et permet au chirurgien de bien explorer la vessie.

Chez la femme les moyens employés pour enlever la tumeur sont en premier lieu l'excision et le grattage à la curette ou avec le doigt, puis l'arrachement simple et l'arrachement combiné avec la torsion, la ligature, l'écraseur et même les ciseaux. L'opération a lieu après dilatation de l'urèthre. Les tailles uréthro ou vésico-vaginale ont été exceptionnellement employées. Quant à l'incision hypogastrique, elle ne sera indiquée chez la femme que dans des cas très rares. Chez l'homme on pratique soit l'incision hypogastrique, soit la boutonnière périnéale. Contre cette dernière on formule les reproches suivants : 1° étroitesse de la plaie ne permettant pas la manœuvre simultanée du doigt explorateur et de l'instrument extracteur ; 2° nécessité de pinces à mors particuliers et à courbure spéciale ; 3° impossibilité d'enlever certaines tumeurs volumineuses et ne se laissant pas morceler ; 4° même difficulté pour certaines tumeurs villeuses, flottantes et échappant à la prise de l'instrument fermé à l'aveugle dans la vessie. Aussi donnerons-nous, avec MM. Guyon, Monod, Bazy et Pousson la préférence à l'incision hypogastrique.

Après avoir introduit et dilaté le ballon de Petersen, lavé et injecté la vessie à la solution d'acide borique à 4 %, on incisera les parties molles, la vessie dans une étendue de 4 à 5 centim., on passera une anse de fil de soie assez volumineux et rond dans chacune des lèvres de la boutonnière vésicale, on explorera la vessie et on enlèvera la tumeur. Le pansement consécutif sera celui de la taille hypogastrique. Les tubes ne seront enlevés que du sixième au huitième jour et remplacés par une sonde urèthrale à demeure. L'occlusion de la vessie sera recherchée si celle-ci fonctionne régulièrement, et si la tumeur est bénigne et n'a pas de chance de repulluler.

Si la tumeur a envahi presque toute la vessie, qu'elle a transformée en une coque rigide, l'opération sera purement palliative et consistera à établir une fistule hypogastrique. « Dans quelques cas il ne serait pas irrationnel de réséquer « la paroi antérieure et même la paroi latérale du réservoir « urinaire, mais seulement si on avait la certitude de pouvoir

« enlever dans sa totalité la zone dégénérée ». (Bazy, Monod, Pousson).

Telle est la courte analyse de l'excellente thèse de M. Pousson ; nous en conseillons vivement la lecture ; car elle contient l'histoire claire et précise des tumeurs de la vessie avec les diverses interventions chirurgicales appliquées dans ces dernières années.

Aug. Boursier.



FORMULAIRE

—

Du chlorate de potasse dans la cystite aiguë.

Le docteur E. Bœgehold recommande l'emploi interne d'une solution au dixième de chlorate de potasse dans la cystite aiguë à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les deux heures ; une injection intra-vésicale d'une solution à trois centièmes donnerait d'excellents résultats dans les cystites très intenses, et le seul inconvénient présenté par ce mode de traitement consisterait dans la douleur occasionnée par l'introduction de la sonde, douleur qui amènerait le malade à s'opposer à la continuation de l'injection.

—

Catarrhe pulmonaire sénile.

(Fothergill).

Carbonate d'ammoniaque 30 cent.
Chloroforme pure....... 15 gout.
Teinture de noix vomique.................. 10 gout.
Infusion de polygala.... 82 gr.

Mêlez. A prendre toutes les six heures.

—

Potion lithotriptique

(Pecker).

Borate d'ammoniaque.... 8 gr.
Eau distillée............ 125 —
Sirop simple............ 15 —

Donner une cuillerée à bouche toutes les deux heures avec des boissons abondantes.

Coliques néphrétiques.

—

Névralgie faciale

(Ferréol).

Sulfate de cuivre ammoniacal............... 10 cent.
Eau de laurier cerise... 10 gr.
Sirop de morphine..... 30 —

Mêlez. A prendre dans les vingt-quatre heures.

VARIÉTÉS

ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE. — Il résulte d'un rapport adressé au Préfet de la Loire-Inférieure par M. le docteur Chartier, président de la commission des épidémies, que, du 16 octobre au 12 novembre, il y a eu, dans la ville de Nantes, 210 cas cholériques, dont 93 ont été suivis de mort.

— Pendant le cours de l'épidémie cholérique qui a ravagé récemment et avec tant de violence la ville de Naples, 20 médecins sur 139 ont succombé aux atteintes du choléra.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 décembre. — Présidence de M. ALPH. GUÉRIN.

Locomotion aérienne. — M. GIRAUD-TEULON continue l'exposé de ses théories sur cette question.

Instruments nouveaux. — M. GARIEL fait un rapport sur un nouvel appareil dit héma-spectroscope de M. Maurice de Thierry.

Chromhidrose jaune. — M. le Dr TISON lit un travail sur trois observations de chromhidrose jaune. Cette coloration se montrait uniquement sur des hommes, sur des parties cachées par les vêtements, le cou et le devant de la poitrine; ces malades étaient des domestiques qui ne pouvaient avoir aucun avantage à simuler une affection de ce genre. Deux de ces hommes ignoraient leur maladie et ne l'ont apprise que par la fréquentation du troisième.

La matière colorante a été examinée par M. Henninger, qui vient de mourir. D'après M. Méhu cette coloration jaune n'est que du soufre déposé sur la laine. Il n'y a pas là de pigment biliaire.

En terminant, M. Tison fait le diagnostic avec l'ictère; mais le malade n'offrait pas du tout de jaunisse ni sur les sclérotiques, ni sur les veines ranines ; la coloration était nettement localisée.

L'épidémie d'Aubervilliers. — M. LÉON COLLIN lit un travail sur l'épidémie observée à Aubervilliers. Pour lui, l'épidémie d'Aubervilliers se rattache à l'épidémie de Toulon, comme celles de Nantes et d'Yport.

M. Collin estime que la contamination atmosphérique joue le plus grand rôle dans la propagation du choléra. Quant à

l'eau de consommation, elle peut agir comme intermédiaire de l'agent spécifique et à titre de cause efficiente, quand elle a été polluée par les déjections cholériques ; elle intervient moins énergiquement mais plus fréquemment, à titre de cause prédisposante, quand elle est contaminée par des matières excrémentitielles d'origine banale. C'est dire pourquoi, nous aussi, nous réclamons, et surtout en temps d'épidémie cholérique, l'assainissement de tous les cours d'eau contribuant à l'alimentation publique et avec quelle conviction nous avons voté les conclusions formulées à cet égard dans une des dernières séances au bénéfice de la population parisienne.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ répondra à ce discours dans la prochaine séance, et fera l'histoire de l'épidémie parisienne qui actuellement peut être considérée comme terminée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 *novembre* 1884. — Présidence de M. MARC SÉE.

Rupture traumatique de l'urèthre. — Rapport de M. CHAUVEL sur une observation de M. Barthélemy.

Il s'agissait d'une rupture produite par une chute à califourchon ; une tumeur périnéale apparut bientôt et à la suite une infiltration urineuse. Le chirurgien crut pouvoir retarder l'uréthrotomie externe et faire des ponctions vésicales; le malade succomba aux progrès de l'infiltration urineuse et à la péritonite.

M. CHAUVEL rappelle à ce propos que depuis le rapport de Guyon sur le travail de Cros, la règle de conduite unanimement acceptée aujourd'hui en pareil cas est l'incision périnéale immédiate.

M. BERGER appuie cette proposition et il a remarqué, dans trois cas personnels, combien est grande la difficulté de trouver le bout postérieur de l'urèthre ; il faut se guider sur la muqueuse que l'on reconnaît à son aspect lisse ; ce bout postérieur se trouve beaucoup plus superficiellement placé qu'on n'est tenté de le croire.

Chlorhydrate de cocaïne. — M. TERRIER a vérifié sur deux malades les faits d'insensibilisation de la cornée par le chlorhydrate de cocaïne, faits annoncés récemment par quelques médecins de Vienne. Il a pu voir sur son premier malade atteint de kératite, une insensibilité absolue de la cornée persister 17 minutes après l'instillation de 4 gouttes de collyre à 5 pour 100; dans le second cas, il pratiqua une cataracte ; la

cornée était tout à fait insensibilisée, la conjonctive peu sensible ; — seule la section de l'iris détermina une légère sensation douloureuse ; 3 gouttes du collyre seulement avaient été instillées.

Cette insensibilisation est donc bien réelle et peut rendre de grands services dans une foule de circonstances.

M. Nicaise a fait également quelques expériences avec une solution à 2 p. 100 ; les résultats sont confirmatifs, quoique moins accentués, ce qui doit tenir à la moins bonne qualité du médicament, très difficile à se procurer, comme le fait remarquer M. Terrier. La différence d'action se manifeste non seulement dans le degré d'insensibilisation de la cornée, mais aussi dans la dilatation de la pupille qui est restée normale dans le cas de M. Nicaise, tandis que dans ceux de M. Terrier on observait une dilatation plus prononcée que celle que donne l'atropine.

Statistique. — M. Terrillon apporte les résultats de sa pratique pendant les neuf mois qu'il a passés à la Charité en remplacement de M Gosselin. Cette statistique démontre une fois de plus, les bons effets de la méthode antiseptique; — elle est exempte de morts opératoires et par infection purulente.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ÉLYSÉE

Séance du 6 octobre 1884. — Présidence de M. Nicaise.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

M. Hermet fait une communication intitulée : **Des altérations de l'ouïe dans la rhumatisme blennorrhagique** (voir page 883).

M. Nicaise. — Je pense que l'on doit faire quelques réserves sur le diagnostic; les douleurs qui se produisent dans l'oreille moyenne peuvent tenir à autre chose, à de la périostite, à de l'ostéo-périostite par exemple. Il peut y avoir une lésion du côté de l'oreille interne, enfin il faut envisager aussi la possibilité d'une otite moyenne.

Une hypérémie au niveau de la chaîne des osselets est difficile à diagnostiquer. Je sais bien que, grâce aux perfectionnements apportés aux modes d'éclairage actuels qui servent à l'investigation, on peut contester bien des choses, mais de là à diagnostiquer une hypérémie, à mon sens, il y a loin. Encore une fois, il faut faire ses réserves.

D'autre part, la comparaison ou le rapprochement entre les douleurs des pieds et celles de l'oreille me semblent un peu vagues; jusqu'alors on n'est point arrivé à faire le diagnostic de l'arthrite de la chaîne des osselets. Il n'y a pas de rapprochement à faire entre les grandes articulations et celles des osselets.

M. Hermet. — Les altérations que nous cite M. Nicaise ont une pathogénie nettement définie qui ne ressemble en rien aux symptômes que je viens de vous signaler. Dans la périostite, dans l'ostéo-périostite, les douleurs sont continues, et finissent par déterminer une otite qui se traduit par un phénomène facilement appréciable, la suppuration. Or, dans l'observation que vous venez d'entendre, les phénomènes morbides ont duré plusieurs mois, les oreilles n'ont jamais coulé et la douleur ne se produisait que lorsque la chaîne des osselets entrait en mouvement. Il faut donc rejeter ces deux hypothèses.

On ne pouvait admettre davantage une otite moyenne, d'abord parce que dans cette affection les douleurs sont permanentes, et ensuite parce que la suppuration arrive en général de 4 à 8 jours après l'apparition des premiers symptômes, si l'otite ne se termine pas par résolution.

Quant à l'hypérémie au niveau de la chaîne des osselets, rien n'est plus facilement appréciable, même avec un éclairage défectueux; elle est caractérisée, comme je l'ai dit il y a quelques instants, par une ligne rougeâtre qui suit la direction du manche du marteau.

Les lésions de l'oreille interne, dont la pathogénie est plus obscure, ne provoquent aucun des symptômes que je viens de signaler ; elles sont surtout caractérisées par des étourdissements, des vertiges, des bruits musicaux, etc..., et elles provoquent très rarement de la douleur.

Je sais bien qu'on n'est pas arrivé jusqu'ici à faire le diagnostic de l'arthrite de la chaîne des osselets ; c'est pour cela que j'ai cru intéressant de vous signaler le cas que j'ai observé, et c'est pour cela aussi que je n'ai pu faire mon diagnostic que par exclusion.

J'ajouterai enfin que s'il n'y a pas anatomiquement de rapprochement à faire entre les grandes articulations et celles des osselets, il est un fait qu'il m'a été donné d'observer presque

tous les jours pendant plus de six mois chez le malade : c'est la similitude des douleurs qu'il éprouvait dans les grandes articulations lorsqu'on leur imprimait un mouvement et celles qu'il ressentait dans les oreilles dès que la chaîne des osselets se mouvait sous l'influence des ondes sonores.

M. Blondeau. — Je préférerais la dénomination d'otite, car ce sont des parties fibreuses qui sont affectées comme dans tous les rhumatismes en général.

M. Le Pileur. — Je ne pense pas que la dénomination d'otite rhumatismale soit applicable à ce cas, car M. Hermet nous dit que la douleur n'était provoquée chez son malade que par un mouvement de la chaîne, tandis que dans l'affection dont parle M. Blondeau la douleur est continue.

Je me souviens d'un malade qui, brusquement, fut pris de douleurs d'oreilles épouvantables, ayant une acuité suffisante pour provoquer un délire qui dura près de 36 heures. M. Ménière pensa à la maladie de Ménière, mais sans l'affirmer et était assez hésitant. La douleur cessa aussi brusquement qu'elle était venue, mais en revanche toutes les grandes articulations étaient gonflées et douloureuses, le malade, en un mot, était envahi par le rhumatisme qui, heureusement pour lui, s'était déplacé. Dans ce cas, c'était évidemment à une otite rhumatismale qu'on avait affaire et le fait cité par M. Hermet à cause de ses particularités doit porter un nom différent.

M. Hermet. — Pour moi, le nom ne fait rien à la chose; je tenais seulement, en vous faisant cette communication, à établir que dans le cours d'une arthrite blennorrhagique il peut se produire tels accidents du côté de l'oreille, n'ayant aucun rapport avec ceux qu'on a déjà décrits, et ayant une marche analogue à ceux observés dans les articulations atteintes; c'est pour cela que j'ai intitulé ma communication : « Des altérations de l'ouïe dans le rhumatisme blennorrhagique. »

La séance est levée à 9 h. 15.

Le Secrétaire annuel,
Dr Chipier.

Le Gérant : Dr A. Lutaud.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

Nous prions nos confrères qui nous ont envoyé des communications concernant les Vacances médicales de vouloir prévenir l'administration lorsque les postes annoncés sont occupés.

120.— A céder de suite, après décès, clientèle de médecin, dans un quartier riche de Paris, avec mobilier, livres, instruments, etc., avec ou sans bail. S'adresser à M. Albert Morin, 13, rue du Cherche-Midi, de 11 h. à midi.

119.— Poste médical à prendre dans l'Indre. Population de 5 à 6.000 habitants dans un rayon de 5 kilom. Produit de 7 à 8000 fr. Il n'y a pas de pharmacien dans la contrée.— S'adresser au bureau du journal.

118.— A céder *de suite*, dans la Marne et moyennant une demi-annuité seulement, excellent poste médical, d'un *produit net* de 10.000 fr.

117. — *A céder*, dans de bonnes conditions, une *clinique ophthalmologique* fondée depuis 12 ans, située dans un bon quartier de Paris et extrêmement fréquentée. — S'adresser au bureau du journal.

116.— Pour cause de santé, clientèle médicale à céder gratuitement, dans un quartier agréable de Paris. — S'adresser à M. le Dr Simard, 3, rue Geoffroy-Marie.

115. — A prendre de suite, sans rétribution, dans Charente-Inférieure, une clientèle médicale vacante par suite de décès. — S'adresser au bureau du journal.

114. — Clientèle médicale à céder, à 16 kilom. de Paris. Produit 9.000 fr. Conditions avantageuses. — S'adresser au bureau du journal.

113. — *Poste médical*. à prendre gratuitement dans un chef-lieu de canton riche du Puy-de-Dôme, 16 communes à desservir. Produit assuré, la première année 10.000 fr. — S'adresser à M. le Dr Hermet, 30, boulevard Malesherbes.

112. — Bon poste médical à prendre dans Seine-et-Marne. Nombreux villages à desservir, pas de concurence, rayon de 8.000 hab. Le médecin aurait le service des indigents de plusieurs communes pour lequel il est alloué un fixe. — S'adresser au bureau du journal.

111. — Situation à prendre à Montcontour (Côtes-du-Nord). Le titulaire ferait selon toutes probabilités le même chiffre que son prédécesseur 10.000 fr.). S'adresser à M. Guignard, 21, rue Charlemagne, Paris.

110.— Bon poste médical à prendre à Ecorché (Orne). Produit probable 12.000 fr. — S'adresser à M. Guignard, droguiste, 21, rue Charlemagne, Paris.

109. — Poste médical à prendre dans le département d'Indre-et-Loire. Le médecin trouverait tout organisée et dans des conditions avantageuses la maison habitée pendant 30 ans par le prédécesseur. Situation assurée. — S'adresser au bureau du journal.

107. — Très bonne situation à prendre dans un chef-lieu de canton, sur le chemin de fer du Nord. Rayon de clientèle, 7 à 8,000 hab. — S'adresser au Dr Maison, au Vésinet (Seine-et-Oise).

102. — Poste médical à prendre à Varenne-Jaulgonnes (Aisne). Pas de pharmacien. Le successeur bénéficierait de la pharmacie installée par le prédécesseur ainsi que de la maison, etc. — S'adresser à Madame Luquet, à Epernay, qui est la mère du Docteur décédé.

101. — Poste médical à prendre à Neuilly St-Front (Aisne). Environ 12 communes à desservir. Pays riche. Position facile permettant d'assurer environ 7,000 fr. la première année. — S'adresser à M. Lutaud, 25, boulevard Haussmann.

95. — Un Dr en médecine de Paris, marié, devant passer l'hiver dans le midi, désirerait trouver un remplacement dans une station méditerranéenne. — S'adresser au Docteur Lutaud.

94. — Un interne des hôpitaux demande à faire des remplacements. — S'adresser au bureau du journal.

90.— Bonne clientèle médicale dans le Puy-de-Dôme. Recettes: 8.000 fr. fixe : 1.600 fr. A céder gratuitement. Le confrère devrait acheter le matériel. — S'adresser au Dr Lutaud, 25, boulevard Haussmann.

89. — A céder une clientèle médicale dans une station thermale importante. — S'adresser à M. Richelot, 11, rue Grange-Batelière.

COMITÉ DE RÉDACTION

Le *Journal de Médecine de Paris* est publié par les Directeurs : MM. **Gallard, Bergeron, Le Blond** et **Lutaud**, avec la collaboration d'un COMITÉ DE RÉDACTION :

Afin de pouvoir donner plus d'attention aux nombreuses communications qui arrivent chaque semaine à la Rédaction, les collaborateurs ont spécialisé leur tâche dans l'ordre suivant. Nos lecteurs peuvent donc, lorsqu'ils ont des observations ou des communications à nous adresser, les faire parvenir directement à chaque collaborateur intéressé.

Toutes les communications destinées à être insérées dans le numéro du samedi doivent arriver à la Rédaction le jeudi matin au plus tard.

LE COMITÉ DE RÉDACTION EST AINSI COMPOSÉ :

Questions professionnelles. MÉDECINE LÉGALE	MM. **Lutaud**, Rédacteur en chef. **Maximin Legrand**, Médecin consultant à Aix. **George Rocher**, Avocat à la Cour d'appel de Paris
Pathologie interne......	**Chenet**, ex-interne des hôpitaux. **Cyr**, Médecin inspecteur à Vichy. **Fissiaux**, Médecin-adjoint de Mazas. **Lormand**, interne des hôpitaux. **Tissier**, interne des hôpitaux.
Pathologie externe......	**Bergeron**, Médecin des prisons de la Seine. **Boursier**, Interne des hôpitaux, **Oger**, Docteur en médecine. **E. Piogey**, ex-interne prov. des hôpitaux. **Rizat** (Chirurgie des voies urinaires).
Obstétrique et Gynécologie.	**Gallard**, Médecin de l'Hôtel-Dieu. **Le Blond**, Médecin de Saint-Lazare. **Olivier**, ex-interne de la Maternité (obstétrique), **Vermeil**, ex-interne des hôpitaux. **Marius Rey** (obstétrique).
Maladies des Enfants....	**Chenet.** **Fissiaux.** **Marchal.**
Syphilis et Dermatologie..	**Brocq**, ex-interne des hôpitaux. **Le Pileur**, Médecin de Saint-Lazare.
Hygiène, thérapeutique ET Pharmacologie.	**Paul Rodet**, Médecin du Dispensaire. **Cellard.** **Stanislas Martin.** **Julliard.**
Ophthalmologie........	**Dehenne.** **Gillet de Grandmont.**

4e ANNÉE. — T. VII. N° 24 13 DÉCEMBRE 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : CAS DE PUSTULE MALIGNE D'ORIGINE RUSSE ; DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA.

M. Proust a lu une observation de charbon doublement intéressante, d'abord par les heureux résultats du traitement institué (cautérisation énergique de la pustule et injections iodées sous-cutanées), et surtout par les particularités étiologiques, comme on le verra au compte rendu. M. Proust écrit très bien, et lit peut-être mieux, et comme le fond valait la forme, sa communication méritait le succès qu'elle a eu.

FEUILLETON

BILAN CHIRURGICAL.

Nous trouvons dans *The Western medical Reporter*, de Chicago, le résumé d'une communication faite à la Société médicale des Etats de Pensylvanie, par M. le Dr John B. Roberts, sous le nom d'Erreurs ou Illusions chirurgicales. C'est une sorte de *syllabus* qu'il n'est peut-être pas sans intérêt de reproduire très sommairement et sous forme de propositions.

— C'est une erreur de croire que le chloroforme est sans danger, et il est criminel d'avoir recours à cet anesthésique, qui tue sans avertissement, toutes les fois que les circonstances permettent de se servir de l'éther. L'assertion qu'il est souvent impossible de produire l'anesthésie avec l'éther vient de ce qu'on veut administrer l'éther comme le chloroforme. Donné d'après la méthode qui lui est propre, il est toujours efficace.

— C'est une erreur de croire à la valeur des styptiques pour

Sauf une présentation de malade néphrectomisé il y a trois ans par M. Ledentu, et chez lequel il ne paraît être resté aucun trouble fonctionnel appréciable, le reste de la séance a été consacré à une discussion sur le choléra, à propos de l'épidémie qui vient de finir, discussion à laquelle ont pris part MM. Dujardin Beaumetz, Hardy et Proust, et qui a mis en lumière les principaux points suivants sur lesquels on est à peu près d'acord, du moins pour l'épidémie de 1884 :

1° Bénignité relative, concordant avec la décroissance régulière de la gravité des épidémies cholériques depuis 1832 ;

2° Absence de constitution spéciale prémonitoire ;

3° Incertitude, ou tout au moins grande variabilité du mode de propagation ;

4° Enfin, et comme dans toutes les épidémies, quantité de faits montrant un degré remarquable de contagiosité, à côté d'autres qui semblent la rendre assez contestable.



arrêter les hémorrhagies chirurgicales. Quand la ligature, la torsion ou l'ampressure n'est pas exigée, — et c'est le cas toutes les fois que l'artère ne dépasse pas le volume de la faciale, — une compression modérée des pièces de pansement est le meilleur hémostatique.

— C'est une erreur de s'effrayer des petites hémorrhagies. Beaucoup de praticiens, qui voient avec tranquillité une accouchée perdre une pinte de sang au moment du travail, sont épouvantés si un homme en perd le quart pendant l'ablation d'une tumeur. En réalité, quand ce ne sont que de petits vaisseaux qui donnent du sang, il n'y a pas lieu de s'émouvoir ; et les plus larges artères peuvent être comprimées par une pression égale à celle qui met en mouvement une sonnerie électrique. Le doigt suffit donc pour parer à tout danger jusqu'à ce qu'on ait appliqué les ligatures.

REVUE PROFESSIONNELLE

—

LA CAISSE DE RETRAITE DES MÉDECINS

A Monsieur le Rédacteur en chef,

Je ne sais si la lettre que M. le Dr Delefosse a eu l'honneur de vous adressser et que vous avez publiée a convaincu beaucoup de lecteurs du *Journal de Médecine de Paris*, qu'ils feraient *une affaire personnelle excellente* en adhérant à la caisse de pensions de retraite dite du Dr Lande; mais ce que je tiens à vous faire remarquer, c'est qu'elle ne détruit aucun des blâmes formulés par moi dans un numéro précédent de votre excellent journal. Je reproche à cette caisse :

1° De demander des primes trop élevées;

2° De donner des résultats trop éloignés et trop aléatoires ;

3° De n'être pas accessible aux médecins âgés de plus de 50 ans ;

4° De n'être pas reversible sur la famille.

Je n'ai jamais prétendu qu'elle fût le *produit d'un travail fantaisiste*, qu'elle ne fût pas patronnée par des médecins très honorables et très sympathiques et que toutes les garanties n'aient pas été prises pour que le capital fût placé en mains sûres; mais les tarifs A, B, C et D que vous publiez ne prouvent que trop que j'ai raison dans mes allégations. On ne gagne pas des mille et des cent dans la profession médicale, et je doute que beaucoup de confrères âgés de 50 ans puissent con-

---

— C'est une erreur désastreuse et souvent mortelle de ne pas explorer immédiatement les fractures du crâne, soit ouvertes, soit fermées, afin de s'assurer si aucune esquille n'a lésé le cerveau ou ses membranes....

— Il en est de même pour la temporisation dans le cas de hernie étranglée. La herniotomie, pratiquée dans les douze premières heures, est presque toujours suivie de guérison. La temporisation a tué plus de malades que le bistouri. Le décès est de règle toutes les fois que l'étranglement a duré deux ou trois jours, et que l'intestin a été meurtri par les manipulations violentes du taxis. Il est bon d'essayer celui-ci doucement, sous l'éther, avec l'application du froid, en même temps qu'on donne la morphine à l'intérieur. On peut, à quelque distance, renouveler cette tentative ; mais aussitôt qu'il existe le moindre symptôme d'étranglement, la plus légère

sentir à verser annuellement 614 francs pendant dix ans pour grossir la caisse et que l'exemple typique donné par M. Delefosse du médecin garçon âgé de 45 ans, qui rappelle trop la fable de la laitière et du pot au lait, trouve beaucoup d'imitateurs, et alors, si les adhérents ne viennent pas en masse place St-Georges, 22, je prétends que ce ne sont pas les intérêts composés des sommes versées par quelques centaines de souscripteurs qu'on récoltera à grand'peine qui pourront permettre de réaliser une retraite indéfinie de 1,200 fr. et qu'on arrivera fatalement à diminuer d'année en année le taux de la pension : on ne parle déjà plus aussi haut de ce fameux chiffre qui a mis le désordre, dans l'assemblée provoquée par le *Concours*, et le Dr Delefosse déclare, dans la lettre qu'il vous adresse que la pension sera fixée d'après les ressources de la caisse et non d'après un tarif fixé à l'avance ; c'est sage, mais peu rassurant : n'eût-il pas mieux valu, comme je le proposais, aller du simple au composé et commencer par une retraite plus modeste, mais susceptible d'une progression indéfinie pouvant donner des résultats d'autant plus avantageux et plus rapprochés qu'elle aurait été adoptée par un plus grand nombre de médecins.

Les fondateurs de cette caisse ont voulu, dit le Dr Delefosse, assurer le médecin contre la misère dans la vieillesse, rien de plus, rien de moins ; c'est ce rien de plus, rien de moins que je leur reproche, et ce reproche doit leur être d'autant plus sensible que leurs tarifs sont arrangés de façon à ce que les médecins seuls qui ne redoutent pas la misère puissent les aborder tandis que les autres, les médecins besoigneux, confiant dans l'Association générale des médecins de France,

---

tension avec sensibilité au-dessus des anneaux, il faut opérer.

— Une erreur qui a causé plus de tortures que l'inquisition espagnole, est celle qui consiste à attendre, pour les ouvrir, que les abcès aigus ou les furoncles pointent. On gagne du temps, et on épargne beaucoup de souffrances, en incisant de bonne heure. Si le pus n'est pas encore formé, cela n'en vaut que mieux.

— Il faut en dire autant des tumeurs de mauvaise nature. Les opérations les plus promptes sont les meilleures, à la seule condition que les patients soient en état de soutenir le « choc chirurgical ».

— L'opinion commune veut que le tétanos traumatique soit nécessairement mortel, ce qui fait qu'on néglige de lui opposer tout traitement; cependant, des guérisons ont été obtenues dans les cas les plus graves, cela n'est pas douteux. L'hydrate de chloral à haute dose a donné de bons résultats; mais il ne

s'ils deviennent infirmes, et dans leur activité et leur énergie tant qu'ils seront valides, ont plutôt souci de l'avenir de leur famille que de leur bien-être personnel. Si vous voulez faire une excellente affaire personnelle, faites-la, mais laissez-moi répondre aux desiderata du corps médical en proclamant le plus haut possible que la femme et les enfants d'un confrère mort le plus souvent à la peine, doivent être considérés comme les pupilles du corps médical tout entier et que nous devons faire tous nos efforts pour suppléer dans la mesure du possible aux conséquences désastreuses de la disparition du chef de la famille.

C'est ce but que je poursuis et que j'espère atteindre; alors, si j'ai le grand regret d'être séparé d'excellents confrères mes collaborateurs de la première heure, j'aurai du moins la satisfaction d'avoir bien mérité de la part des membres les plus intéressants de notre profession.

Agréez, Monsieur et très honoré Directeur et Confrère, l'assurance de ma haute considération.

8 décembre 1884.

Dr A. Benoist.

REVUE CLINIQUE

DES APPLICATIONS DE FORCEPS DANS LES VARIÉTÉS POSTÉRIEURES DU SOMMET ET DE LA FACE,

Par le Dr F. Loviot.

Les variétés postérieures du sommet et de la face sont assurément celles qui donnent le plus souvent lieu à intervention par le fait du manque de rotation. Dans ces cas, la règle est de chercher à exécuter ce mouvement artificiellement avec la main d'abord, et si on ne réussit pas, avec le forceps. Si l'on a recours au forceps c'est une application oblique qu'il faut faire.

Dans ces conditions, lorsqu'après avoir abaissé la tête, on aura ramené l'occiput ou le menton sous la symphyse pubienne, le forceps se trouvera placé sens dessus-dessous, ce qui rendra l'extraction difficile et dangereuse pour les tissus maternels ; aussi certains accoucheurs désarticulent-ils le forceps et font-ils une seconde application, directe, cette fois.

Dans le mouvement de rotation exécuté par l'occiput ou le

— C'est une erreur de ne pas traiter les consolidations vicieuse des fractures. Avec une force suffisante, on peut briser le cal difforme, et faire disparaître, en 5 ou 6 mois, ce qui aurait été, pendant tout une vie, une honte pour la chirurgie.

Il est encore beaucoup d'autres erreurs qu'on pourrait signaler : par exemple, qu'il est impossible de maintenir les fractures transversales de la rotule, et les fractures intra-capsusaires du cul du fémur ; — que les écoulements chroniques de pus par l'oreille ne réclament pas de traitement actif ; — que l'hypermétropie et l'astigmatisme hypermétropique peuvent être guéris sans dommage pour l'accommodation ; qu'on ne doit pas perforer la cloison nasale dans le cas de grande déviation, et que les nez tordus ne sont passibles d'aucun traitement ; que les opérations sur la cornée et la cataracte, par

menton, la cuiller postérieure parcourt les cinq huitièmes du pourtour du bassin, l'antérieure n'en parcourt que les trois huitièmes. On peut se demander si, dans ce grand mouvement, les parties molles du bassin de la femme et les organes qui y sont contenus ne sont pas en danger d'être froissés et contusionnés, même lorsqu'on n'aura employé que peu de force. Il est des cas où on ne réussira pas à ramener l'occiput en avant par ce procédé. On risquera de le faire tourner en arrière et ce de la façon suivante : « Supposons une O I D P : la cuiller de la branche gauche placée la première et en regard de la symphyse sacro-iliaque gauche, si elle n'est pas exactement maintenue dans cette situation et si le manche n'est pas bien placé parallèlement à la cuisse du côté opposé, va faire levier, déplacera la tête de telle sorte que le front tournera vers la symphyse et l'occiput vers le sacrum ».

Quand la rotation intérieure ne se fait pas dans les O P, divers procédés d'intervention manuelle ont été conseillés par les auteurs. Le meilleur est assurément celui qui a été indiqué par le professeur Tarnier ; encore ne réussit-il pas toujours.

M. Loviot propose la manœuvre suivante, qui n'est que le premier acte du procédé mixte qui permettra l'extraction facile du sommet ou de la face dans les variétés postérieures. Voici d'abord la manœuvre :

---

extraction, exigent des tampons de coton et d'épais bandages sur les yeux, etc., etc.

L'auteur conclut ainsi : Bien que partisan ardent de la chirurgie conservatrice et réparatrice, je crois que les opérations, lorsquelles sont indiquées, ne doivent pas être tardives. Les délais, l'indécision, la timidité, enlèvent souvent toute valeur à l'œuvre chirurgicale et sont le résultat d'une croyance superstitieuse aux dogmes illusoires d'une tradition qu'il importe de combattre.

HEMMEL.



« Admettons une O I D P dont la rotation ne peut se faire. Là main gauche, le pouce excepté, graissée sur ses faces dorsale et palmaire, sera introduite dans les voies génitales, dans l'intervalle de la contraction utérine, suivant la direction du canal pelvien ; non latéralement et dans une situation intermédiaire à la pronation et à la supination, mais postérieurement, en supination, de telle sorte que le dos de la main repose sur la face postérieure du canal vaginal, le coude abaissé de plus en plus, au fur et à mesure que la main doit pénétrer plus profondément dans le canal pelvien, pour qu'elle puisse progresser dans la direction de son axe, manœuvrant comme dans le premier temps de la version, dans le procédé qui consiste à pénétrer dans l'utérus en suivant la courbure vagino-sacrée. L'opérateur contourne ainsi la tête fœtale d'avant en arrière, jusqu'à ce que la paume de la main embrasse dans sa concavité le pariétal postérieur.

Pendant que la main gauche accomplit ce premier temps, la face palmaire de la main droite, largement appuyée sur la paroi abdominale, maintiendra le fond de l'utérus.

La main ainsi placée, le bord radial de l'index se frayera un chemin entre la paroi postérieure de l'excavation et la tête, dont elle repoussera en avant, de droite à gauche, l'extrémité occipitale, jusqu'à ce qu'elle puisse prendre, au niveau de la symphyse sacro-iliaque, la place occupée par l'occiput. L'accoucheur a pour ainsi dire creusé la loge que doit occuper la cuiller de la branche du forceps.

Quant à l'occiput, il a changé de diamètre : du diamètre oblique gauche, il a passé dans le diamètre obliqué droit. L' O I D P est ainsi transformée en O I D A ; le diamètre oblique droit est occupé, le diamètre oblique gauche est libre ; les cuillers seront placées aux extrémités du diamètre oblique gauche et on commencera par la branche droite.

On commencera par la branche droite non seulement parce que son placement est plus facile, non seulement parce que la branche antérieure, introduite la première, gênerait pour l'introduction de la branche postérieure, mais aussi parce que la branche postérieure fait levier, empêche l'occiput de retourner en arrière, et le pousse en quelque sorte en avant, surtout si on a soin d'en abaisser le manche.

Le même raisonnement pourrait être reproduit, les termes seuls étant changés pour les O I C P ; c'est la main droite qui sera introduite et c'est la branche gauche qu'on appliquera la première ».

Par ce procédé chaque cuiller n'a qu'un huitième de circonférence à décrire ; la compression, l'attrition et le glissement des parties molles sont diminués d'autant. On n'est plus forcé soit de faire l'extraction le forceps sens dessus dessous, soit de faire une seconde application. Enfin, cette méthode substitue à une règle un peu compliquée, une règle simple et facile à retenir : « Occiput à gauche, branche gauche la première et placée en regard de la symphyse sacro-iliaque gauche. Occiput à droite, branche droite la première et placée en regard de la symphyse sacro-iliaque droite. »

Quant à la branche antérieure, gauche ou droite suivant les cas, on lui fera décrire la spirale classique, pour qu'elle vienne se mettre en rapport avec l'éminence iléo-pectinée.

Si l'occiput occupe le diamètre transverse, il faut faire une application oblique comme précédemment. Mais si on a affaire à une O S, que faire ? On devra commencer par exécuter la manœuvre décrite plus haut, car on sait qu'il est très difficile de dégager une tête en O S. Mais de quel côté faire tourner l'occiput ? C'est le palper qui, en nous indiquant la direction du dos, montrera de quel côté il faut faire tourner l'occiput. La manœuvre exécutée, on appliquera le forceps comme il est dit plus haut.

Si après la tête fléchie (sommet) on envisage la tête défléchie (face), on voit que les considérations ayant trait à l'application du forceps dans les O P sont vraies et à fortiori en ce qui concerne les M P. Dans les M P, bassin normal, fœtus à terme, que le menton reste en rapport avec la symplyse sacro-iliaque ou qu'il tourne dans la concavité sacrée, l'accouchement est également impossible : il faut de toute nécessité que la rotation antérieure s'accomplisse spontanément dans la plupart des cas ; cette rotation peut cependant faire défaut ; une application de forceps peut être rendue nécessaire.

« Dans les M A., la concavité des cuillers étant tournée du côté du menton et la partie inférieure de la face étant saisie, les tractions tendront à abaisser le menton, abaissement né

cessaire pour l'accomplissement du mouvement de rotation, et l'on n'aura à craindre que le dérapement du forceps. Mais dans les M P, les cuillers, placées classiquement aux extrémités du diamètre libre, auront leur concavité tournée du côté du front et embrassant la partie supérieure de la face, la prise sera plus solide ; mais les tractions, qu'il sera bien difficile de diriger convenablement, fléchiront trop souvent la tête, et celle-ci, dans une situation intermédiaire à la flexion et à l'extension, sera définitivement enclavée. D'où l'entrée en scène du perforateur et du céphalotribe.

Que si, au contraire, on emploie notre méthode pour les M P, qui ne se réduisent pas spontanément, après la plus longue attente, c'est-à-dire, si frayant préalablement avec la main la place de la cuiller, en désenclavant le menton et le repoussant en avant, on applique d'abord, en regard de la symplyse sacro-iliaque du même nom, la branche droite dans les M P D, la branche gauche dans les M P G, si en un mot, on change les M P en M A, voire même en M T, on aura résolu la partie la plus importante du problème ; il ne s'agira plus que de ne pas déraper ou de déraper sans brusquerie, renouvelant alors l'application ».

En résumé, la règle formulée par M. Loviot est la suivante : « Occiput ou menton à droite, branche droite la première, la cuiller placée obliquement en regard de la symplyse sacro-iliaque droite ; occiput ou menton à gauche, branche gauche la première, la cuiller placée obliquement en regard de la symplyse sacro-iliaque gauche dans toutes les variétés de position, antérieure, transversale ou postérieure ».

Cette règle unifiée repose sur la transformation des variétés postérieures en variétés antérieures, activement d'abord, avec la main profondément introduite, passivement ensuite avec la cuiller.

Cette transformation doit être tentée et peut être exécutée, non seulement dans l'excavation, mais aussi au détroit supérieur.

Par cette méthode :

« La concavité des cuillers est toujours tournée du côté que l'on veut ramener sous la symphyse ; les tractions se font dans un sens qui favorise le complément de flexion pour le som-

met, de déflexion pour la face, et par conséquent la rotation; le chemin parcouru par les cuillers dans l'intérieur du bassin est moindre, un huitième de circonférence par chaque cuiller, au lieu de trois huitièmes ; la rotation faite, le forceps est situé normalement et on n'est pas dans l'alternative de dégager la tête avec un forceps retourné, ou de faire une seconde application.

L'opérateur n'aura pas d'hésitation au sujet de la branche qu'il doit placer la première et il ne transformera pas involontairement une variété postérieure en variété sacrée.

Les avantages de la méthode sont particulièrement importants dans les variétés postérieures de la face. Les O S et les M S seront presque toujours évitées, si l'on agit comme nous le conseillons. Que si, par exception, on se trouvait tardivement en présence d'une O S bien caractérisée, la palpation indiquerait si le dos, et partant l'occiput, était primitivement à droite ou à gauche, et l'auscultation, si l'enfant est vivant, viendrait en aide à l'observateur, qui déplacerait avec la main l'occiput dans le sens de sa rotation physiologique, ferait une application oblique et renouvellerait au besoin sa manœuvre et son application, si la première saisie de la tête était trop irrégulière. Cette conduite s'impose pour les M S, le dégagement de la face étant impossible dans cette position. » (*Annales de Gynécologie*, octobre 1884.)

D[r] AD. OLIVIER.

EXAMEN EXTEMPORANÉ DU LAIT DE FEMMES PROCÉDÉ DU COMPTE-GOUTTES

Par le D[r] PAUL HELOT,
Chirurgien chef de la maternité de Rouen (1).

De tous les moyens employés pour apprécier la qualité du lait de femme, le meilleur, sans contredit, est l'analyse complète faite par un chimiste de profession. Mais cette opération est longue, délicate et dispendieuse ; aussi, malgré sa valeur, elle est rarement employée. A défaut d'analyse chimique, on se sert du lacto-butyromètre de Marchand, du lac-

(1) Communication faite à la Société de Médecine de Rouen, séance du 10 novembre 1884.

toscope de Donné ; on fait la numération des globules graisseux, au moyen du microscope. Le crémomètre, le saccharimètre, le lacto-densimètre de Quevenne, et bien d'autres procédés peuvent être utilisés dans le même but. Ces divers moyens sont décrits dans les traités spéciaux ; mais je les crois bien peu employés. Ils sont en effet plus ou moins compliqués, nécessitent une instrumentation spéciale, et sont plutôt des procédés de laboratoire que de clinique.

Aussi voit-on un auteur des plus estimés, le professeur Tarnier, se contenter des recommandations suivantes : « On reçoit le lait dans un verre ou une cuiller, on en met encore une goutte sur l'ongle, et l'on apprécie ainsi, du moins d'une façon approximative, d'après la transparence plus ou moins grande du liquide et la manière dont il coule sur le verre, la cuiller ou l'ongle, si le lait est clair ou épais, pauvre ou riche en éléments nutritifs. » (Tarnier et Chantreuil, t. I, p. 902.) Ce moyen est bien insuffisant, ce me semble ; il n'a de valeur que si celui qui l'emploie a assez d'habitude pour pouvoir établir des comparaisons. Aussi j'ai pensé bien faire en faisant connaître un procédé que j'emploie depuis quelque temps, et qui, malgré sa simplicité, me donne des renseignements aussi précis que les moyens beaucoup plus compliqués dont je viens de faire l'énumération.

On sait que le volume des gouttes de liquides de densité ou de cohésion moléculaire différentes, émises par un compte-gouttes, varie suivant la nature de ces substances.

J'ai pensé qu'on pouvait utiliser cette donnée, pour l'examen du lait des nourrices, en employant un compte-gouttes d'une capacité déterminée.

Il eût été facile de fabriquer un instrument d'une contenance constante et de déterminer le nombre de gouttes correspondant à telle ou telle qualité du lait. Mais j'ai pensé qu'il était préférable de ne pas augmenter notre arsenal d'un appareil nouveau, quand nous en avons constamment un à notre disposition, qui remplit absolument le but qu'on se propose ; je veux parler de la seringue de Pravaz, qui est un véritable compte-gouttes d'une capacité déterminée.

Nos seringues à injection hypodermique ont habituellement une capacité d'un centimètre cube, elles contiennent par conséquent un gramme d'eau distillée. Si elles étaient terminées par un tube capillaire d'un diamètre extérieur de 3 millimètres, comme le compte-gouttes normal, elles de

vraient donner 20 gouttes d'eau distillée au gramme. Mais il n'en est pas ainsi, car le diamètre du tube terminal varie avec chaque fabricant. Il est donc nécessaire que chacun s'assure du nombre de gouttes émis par son instrument rempli d'eau distillée à 15°.

Au moyen de la formule que je donne plus loin, il sera facile à chacun de savoir le nombre de gouttes qui devra sortir de sa seringue remplie de bon lait de femme.

Mais avant d'aller plus loin, je dois dire ce que j'entends par du bon lait et sur quelles bases s'appuient mes expériences.

Considérant qu'un enfant de trois mois, nourri ex lusivement par une nourrice, bien portant, digérant bien, gagne chaque jour 25 grammes, j'en conclus que le lait qu'il absorbe est de bonne qualité. C'est sur un grand nombre d'examens pratiqués dans ces conditions que j'ai cherché à déterminer le rapport numérique des gouttes de bon lait, à celui de l'eau distillée à 15°, et j'ai trouvé que sous le même volume, avec le même compte-gouttes, le lait devait fournir 35 gouttes quand l'eau distillée en donne 30.

Il va sans dire que ce chiffre n'a rien d'absolu et que l'on trouvera des différences de quelques gouttes, et je prie de retenir que ce rapport est plutôt trop faible qu'exagéré. En d'autres termes, j'ai pu remarquer de très bons résultats avec du lait donnant jusqu'à 39 et 40 gouttes, tandis qu'au-dessous de 33, je le considère comme mauvais, car il n'offrait dans ces conditions ni cliniquement ni physiquement les qualités requises.

Il importe de donner une formule facile à retenir et aussi simple que possible pour établir le rapport de l'eau distillée au bon lait. Voici celle que j'ai adoptée, en rappelant que le nombre que j'indique pour le lait est presque un minimum.

Dans un compte-gouttes d'une capacité déterminée, le nombre des gouttes d'eau distillée à 15° *est à celui du lait de femme comme* 6 *est à* 7.

Autrement dit, si dans les conditions indiquées, il s'écoule 30 gouttes d'eau distillée, il devra en sortir 35 de lait. Pour éviter tout calcul, si simple qu'il soit, je donne le tableau ci-joint qui permet de noter dans l'étui de la seringue, le nombre de gouttes de lait qu'elle doit contenir, quand on a fait une fois l'expérience avec de l'eau distillée à 15°.

Tableau indiquant le rapport numérique d'un même volume d'eau distillée à 15° et de lait de femme encore chaud.

Eau distillée	Lait
25 gouttes	29.1 gouttes
26 »	30.3 »
27 »	31.5 »
28 »	32.6 »
29 »	33.8 »
30 »	35 »
31 »	36.1 »
32 »	37.3 »
33 »	38.5 »
34 »	39.6 »
35 »	40.8 »

Ai-je besoin de dire que je n'attache aucune importance à l'emploi de la seringue de Pravaz? Tout compte-gouttes gradué, n'importe quelle petite seringue, les burettes graduées en verre, dont on se sert dans les laboratoires, peuvent parfaitement être utilisées. Je le répète, je n'emploie la seringue à injections hypodermiques que pour ne pas compliquer notre instrumentation.

Il importe de ne pas oublier, quand on fait l'examen du lait d'une nourrice, que sa qualité varie, suivant qu'il provient du commencement, du milieu ou de la fin d'une tétée.

Il arrive aussi parfois que le lait n'est pas identique dans les deux seins. Par conséquent, pour pouvoir comparer utilement divers essais, on devra toujours les faire dans les mêmes conditions, et le mieux sera de choisir le milieu de la tétée.

Cependant, pour avoir un renseignement aussi complet que possible sur la valeur d'une nourrice, il faudra non seulement examiner le lait des deux seins, mais encore peser pendant 24 h. l'enfant, avant et après chaque tétée, de façon à connaître la quantité de lait absorbée.

Ces principes étant établis, nous pouvons tracer le manue de notre examen extemporané du lait de femme.

Dosage du compte-gouttes.

Emplir une seringue de Pravaz, *sans aiguille*, d'eau distillée à 15°. Après s'être assuré qu'elle ne contient pas d'air, faire tourner le piston en appuyant légèrement de façon que les gouttes tombent une à une et qu'il soit facile de les compter.

Pour que les gouttes aient toujours le même volume, il

faut avoir soin de bien essuyer l'extrémité de l'instrument, et de le tenir bien verticalement.

En recommençant plusieurs fois l'opération, on se mettra en garde contre toute erreur et l'on verra, si l'on prend bien les précautions que j'indique, qu'à une fraction minime de goutte près, on arrive toujours au même résultat.

Cela fait, se reporter au tableau ci-dessus et noter une fois pour toutes le nombre minimum de gouttes de lait correspondant.

C'est ainsi qu'avec une seringue donnant 25 gouttes d'eau distillée, on devra trouver 29 gouttes de lait et une légère fraction ; avec un instrument donnant 30 gouttes d'eau distillée, le lait donnera 35 gouttes, et avec celui qui produirait 35 gouttes d'eau distillée, le lait devrait en fournir 40.8, c'est-à-dire presque 41 ; et ainsi de suite.

Examen du lait d'une nourrice.

Recueillir dans un verre ou dans une cuiller quelques grammes de lait, pris au milieu de la tétée ; en emplir la seringue, en s'assurant qu'elle ne contient pas d'air, bien essuyer son extrémité et compter les gouttes lentement en tenant l'instrument bien verticalement.

Et maintenant, quelle est la valeur de ce procédé ? Son emploi peut-il être substitué aux autres moyens employés, et à l'analyse chimique en particulier ? Il me sera facile de répondre. L'analyse complète du lait est assurément le moyen par excellence ; mais pour les motifs que j'ai indiqués, elle est et sera probablement toujours assez rarement employée. Quant aux autres moyens, ils sont tous comme le mien, plus ou moins incomplets ; l'un ne donne que la mesure du beurre, l'autre que le nombre des globules ; le lactoscope n'indique que l'opacité relative et le lacto-densimètre que la densité.

Chacun de ces appareils suffirait dans la pratique, si son emploi était plus commode ; car le plus souvent, quand on connaît un des éléments de l'analyse du lait, on a une notion assez exacte de la valeur du produit.

Aussi je crois pouvoir affirmer que le procédé que je propose est suffisamment positif pour la pratique courante et qu'il est préférable tout au moins à celui qui consiste à examiner une goutte de lait placée sur son ongle, ou projetée sur une vitre.

Il faudrait maintenant poursuivre l'étude clinique des ré-

sultats donnés par le procédé du compte-gouttes, et déterminer d'une façon absolue le nombre de gouttes correspondant aux diverses qualités de lait. Je ne doute pas, qu'à mon défaut, quelque expérimentateur ne soit tenté de pousser plus loin cette étude que je n'ai fait qu'ébaucher.

NOTE SUR L'EMPLOI DU CHLORHYDRATE DE COCAINE EN THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

Par le Dr A. Dehenne (1).

La thérapeutique oculaire vient de s'enrichir d'un médicament que l'on peut appeler merveilleux, sans crainte d'être taxé d'exagération.

Il s'agit d'un anesthésique local extrêmement puissant et qui permet de pratiquer sur l'œil, ou tout au moins sur la cornée, les opérations les plus douloureuses, sans que le patient ait même l'air de s'en apercevoir. Il n'offre aucun danger, et deux minutes au plus après l'instillation d'une goutte de ce précieux médicament, la cornée peut être impunément piquée, excoriée, coupée : l'anesthésie est complète.

Cet anesthésique est le *chlorhydrate de cocaïne* dont la *Semaine Médicale* a parlé ces jours derniers, et qui a été expérimenté pour la première fois par un physiologiste de Vienne, M. Kohler. Je donnerai ici en quelques mots le résumé des 13 observations que j'ai faites en 4 jours, du lundi matin au jeudi soir, et par l'énoncé de ces faits on pourra se rendre compte du parti énorme que la chirurgie oculaire pourra tirer de l'emploi de la cocaïne :

Le 10 novembre j'avais à pratiquer à Villepreux (Seine-et-Oise), l'opération de Sæmish, que l'on peut considérer à juste titre comme l'opération la plus douloureuse de la chirurgie de l'œil. Il s'agissait d'une femme de 50 ans atteinte depuis huit jours d'un ulcère phagédénique central de la cornée avec infiltration de pus entre ses lamelles, hypopion, idochoroïdite, etc. Afin d'éviter la nécrose rapide et totale de la membrane cor-

(1) Travail lu à la Société du 9e arrondissement dans la séance du 13 novembre.

néenne, il fallut sans hésitation débrider cet ulcère suivant le procédé de Sæmish.

J'instillai 2 gouttes de la solution à 5 % que m'avait fourni la veille M. Mariani. Deux minutes après, j'en instillai 2 autres gouttes; et immédiatement après cette seconde instillation, je pus, sans que la malade s'en aperçut, passer dans tous les sens sur la cornée une spatule en caoutchouc, et même taper avec un petit stylet de Bournum. Du côté opposé au contraire, aussitôt que j'approchai de l'œil un bout de papier, sur la demande du médecin qui me servait d'aide, la malade se recula en témoignant qu'elle sentait parfaitement. Cette contre-épreuve était probante. Le temps de mettre la patiente sur le lit d'opérations, de préparer les instruments, et quatre minutes s'écoulèrent. A l'épreuve de la spatule la cornée était toujours insensible. Je mis le blépharostat, je saisis la conjonctive avec la pince à fixation, et je pénétrai dans la chambre antérieure avec le couteau de Graefe, sans que la malade accusât la moindre douleur. Elle éprouva une petite sensation lorsque, la transfixion étant terminée, l'iris vint s'appliquer contre la face postérieure de la cornée. La membrane iridienne n'était pas anesthésiée, phénomène que nous constaterons du reste dans les autres observations; à mon sens, on n'obtient qu'une analgésie de l'iris. Je pus, avec la plus grande facilité, nettoyer avec une petite pince les bords de la plaie, évacuer le pus infiltré, etc., sans que la patiente parût s'en apercevoir. Or, ces manœuvres sont habituellement extrêmement douloureuses, et la plupart des chirurgiens ne pratiquent l'opération de Sæmish que sur le chloroforme. Une demi-heure après l'opération, la malade était très tranquille. Or, je n'ai jamais pratiqué d'opération de Sæmish, sans être obligé de calmer les douleurs consécutives avec une injection de morphine à la tempe.

L'après-midi du même jour, on m'amène à ma clinique une fillette de 11 ans, atteinte de kératite et d'iritis, avec photophobie intense, douleurs circumorbitaires violentes, etc. Je lui instillai 4 gouttes de la solution à 3 minutes d'intervalle. Immédiatement après l'œil s'ouvrit largement, la photophobie avait disparu ; la petite malade regardait bien en face, sans souffrir, la lumière d'une lampe éclairant fortement, et un quart d'heure après sa pupille était dilatée.

Le lendemain, 11 novembre, je fis la même expérience sur 6 malades atteints de kératite, avec photophobie, douleurs périorbitaires, etc. Chez toutes il y eut concordance parfaite dans les résultats. Après l'instillation de 4 gouttes à 5 minutes d'intervalle (2 par 2) les yeux s'ouvrirent largement, la photophobie disparut complètement, et de douleurs il n'était plus question. Je pouvais toucher, frotter la cornée dans tous les sens ; l'anesthésie était parfaite, mais elle ne durait pas.

J'ajoute que de 15 à 20 minutes après l'instillation, la pupille était dilatée. J'avais recommandé aux malades de ne pas continuer l'atropine prescrite les jours précédents, ou je n'en avais pas ordonné à ceux qui venaient pour la première fois, afin de bien me rendre compte des effets de la cocaïne.

Le lendemain 12, je les revis, et tous me dirent qu'ils avaient recommencé à souffrir à partir de 10 heures du soir. Le calme amené par la cocaïne avait donc duré environ de 7 à 8 heures (les instillations ayant été faites vers 2 heures de l'après-midi). Cette fois je leur réinstillai de la cocaïne, mais en recommandant la continuation des instillations d'atropine. J'ai revu ces mêmes malades aujourd'hui, et tous se sont bien trouvés de l'emploi simultané des deux médicaments. Il y a donc lieu de faire une grande distinction entre l'anesthésie opératoire, et la détente amenée par la cocaïne dans les affections douloureuses. Dans le 1er cas, la cornée devient absolument insensible cinq minutes après une instillation de 4 gouttes et l'anesthésie dure de 10 à 15 minutes. J'ai fait l'épreuve sur deux malades qui ne sentirent légèrement la spatule de caoutchouc que dix minutes après le commencement de l'anesthésie.

L'instillation est indolore. Le patient n'accuse qu'une sensation de froid comme si on lui versait de l'eau distillée dans l'œil. Un seul semble remarquer une légère sensation de brûlure ; et encore il n'en était pas bien sûr.

Le 12 novembre j'eus à pratiquer 3 iridectomies. Dans le 1er cas, il s'agit d'une iridectomie optique chez une jeune fille de 18 ans, strumeuse, et atteinte de lésions internes, suites de kératites ulcéreuses anciennes. Elle était très craintive, et redoutait fort mon arrivée.

Comme dans les cas précédents, j'instillai en 2 fois 4 gouttes

du médicament. Cinq minutes après la 2e instillation, je procédai à l'opération. L'application de l'écutum, la fixation de l'œil avec la pince à griffes, et la section de la cornée furent absolument indolores. Seules la préhension et la section de l'iris furent légèrement ressenties, mais certainement beaucoup moins que dans la majorité des cas. Les Sœurs de St-Vincent de Paul, chez lesquelles se trouve cette jeune fille, n'en croyaient pas leurs yeux.

Le 2e cas a trait à une jeune femme de 26 ans, atteinte d'atrésie pupillaire totale, suite d'iritis spécifique. Je l'opérai chez les Sœurs Augustines de la rue Oudinot. Chez elle comme chez la précédente, l'instillation de 4 gouttes de chlorydrate de cocaïne amena immédiatement une anesthésie complète de la cornée. Je pus pratiquer cette double iridectomie avec la plus grande facilité, et pourtant les difficultés sont assez grandes lorsque l'on se trouve en présence de synéchies postérieures un peu résistantes. La traction sur l'iris fut à peine sentie. Quant à la section de la cornée, elle fut absolument indolore.

Aujourd'hui j'ai pu pratiquer l'extinction d'un corps étranger fortement enclavé dans la cornée, et la cautérisation ignée à cette même membrane pour un ulcère asthénique, sans provoquer la plus minime douleur.

Depuis lundi je n'ai pas eu de cataracte à extraire. Mais dès à présent je puis affirmer que l'opération de la cataracte est absolument indolore. Seule la section de l'iris est légèrement ressentie. Or, rien de plus facile que de faire l'extraction sans iridectomie. La malade, ne sentant rien, ne fait aucun effort, et l'iris n'a pas de tendance à faire hernie.

La découverte des propriétés anesthésiques locales du chlorhydrate de cocaïne va certainement modifier considérablement les conditions de la pratique chirurgicale. Ce que je puis affirmer, c'est qu'elle simplifiera singulièrement la chirurgie oculaire.

DE LA TRANSFUSION HYPODERMIQUE,

Par le Dr Luton, de Reims.

Après avoir rappelé l'incertitude et l'insuffisance des voies habituellement suivies pour faire pénétrer les médicaments

dans l'organisme, l'auteur de cette note arrive à l'examen des injections hypodermiques et intra-veineuses.

Le tissu cellulaire général peut être représenté comme une branche béante ouverte à l'absorption de toute substance soluble et diffusible et même de matières pulvérulentes qui s'introduisent par diopédèse. Mais cette absorption ne rencontre pas partout des conditions également favorables : la densité du tissu cellulaire, la réaction chimique des milieux, alcaline dans le tissu conjonctivo-séreux commun, acide dans les espaces intrafibrillaires des muscles modifie cette faculté, ainsi que M. Luton l'a déjà démontré (*Arch. de Méd.* 1882. Des milieux hypodermiques), et s'il n'y a pas de doute quant à la sûreté de l'absorption, il faut examiner, au point de vue de la valeur réelle de la méthode, la question de *vitesse, de quantité* et de *qualité, tous les effets produits.*

Au point de vue de la vitesse, il est certain que l'injection intra-veineuse tiendra toujours la première place ; mais il y a là précisement un danger qu'on veut éviter, en retardant la brutalité de certains effets par la filtration cellulaire.

Sous le rapport des quantités absorbées, la voie hypodermique, très supérieure à la voie stomacale, est très sensiblement aussi sûre que la voie intra-vasculaire.

Faut-il admettre maintenant que le médicament acquiert certaines qualités nouvelles du fait de son introduction par telle ou telle voie ? Ponr ce qui est de l'estomac, nous savons qu'il y a des substances qui y éprouvent une altération qui va jusqu'à l'annihilation de leurs effets. Ce qu'il y a de particulier, au contraire, dans l'injection hypodermique, c'est une action sûre et constante, plutôt exaltée qu'affaiblie, et qui doit servir de type aux propriétés attribuées à tel ou tel agent de la matière médicale ; en un mot, c'en est l'effet intégral.

Mais la question change de face lorsqu'il s'agit de confier à l'hypoderme des liquides à éléments morphologiques, surchargés de principes analeptiques.

Au point de vue spécial de la transfusion intégrale du sang, l'observation de ce qui se passe à la suite des contusions qui s'accompagnent d'épanchements sanguins abondants montrent bien la capacité d'absorption du tissu cellulaire. Mais on sait aussi que beaucoup d'épanchements sanguins sont le point de départ d'abcès hématiques, et il ne faudrait pas compter qu'un sang étranger sera mieux toléré et mieux absorbé.

Les injections de sang dans le péritoine, pratiquées suivant la méthode de Poujick (1879) ne semblent pas avoir une grande valeur. Si quelques globules rouges pénètrent dans les voies lymphatiques, ils y provoquent des ruptures ecchymotiques et à peine ont-ils atteint les ganglions qu'ils s'y détruisent.

L'étude attentive des phénomènes qui se passent dans tout épanchement sanguin montre bien les conséquences pratiques d'un pareil accident ; la partie séreuse du sang est seule résorbée d'abord et les globules rouges ne disparaissent qu'en subissant une régression granulo-graisseuse.

C'est donc seulement le sérum du sang qu'il faut injecter, et qu'il suffit d'injecter pour obtenir les bénéfices de la transfusion cellulaire ou péritonéale. De même les méthodes de transfusion proprement dite tendent à réduire le liquide qu'on injecte dans les vaisseaux à la partie simplement séreuse, et même on imagine à cet effet des sérums artificiels. L'élément morphologique est sacrifié des deux côtés comme inutile et embarrassant.

Certains liquides analeptiques qui ont été injectés dans les veines ou dans le tissu cellulaire, n'ont donné aucun résultat favorable et il semble qu'il n'y a rien d'utile à poursuivre dans cette voie.

L'auteur en arrive à conclure :

La voie hypodermique, en tant qu'il s'agit de l'absorption de substances médicamenteuses est nécessaire et suffisante ; et elle exclut, d'une part, les voies digestives dont les fonctions veulent être respectées, et de l'autre, les voies circulatoires, parce que de ce côté le but peut être trop facilement dépassé.

A. *Substances à mettre en usage.*— Il ne peut être ici question que des agents naturels appelés à suppléer à de grandes déperditions des liquides nourriciers, ou à réveiller les forces épuisées à la suite d'une longue maladie.

L'eau simple se montre en première ligne comme un moyen tout indiqué ; mais c'est à l'injection intra-veineuse que l'on a eu recours jusqu'ici. Cette pratique a été inaugurée par Magendi en 1832, et depuis elle s'est modifiée par la substitution de sérums artificiels à l'eau pure. Avec l'injection hypodermique le danger serait moindre à coup sûr. En effet, les globules rouges se détruisent rapidement au contact de l'eau.

On pourrait introduire telle quantité que l'on voudrait, en

multipliant les foyers d'injection. La question de température n'est pas indifférente.

Si au lieu d'eau pure on injecte dans le tissu cellulaire des solutions salines, on obtient, ainsi que l'auteur l'a établi dans ses recherches sur l'action des solutions de sel marin contre certaines douleurs localisées, on obtient, disons-nous, en dehors de l'action locale, des effets généraux très remarquables. Ainsi, dans ses recherches sur l'effet des injections sous-cutanées des sels purgatifs, il a reconnu, indépendamment du fait principal qu'on ne saurait nier, des résultats accessoires plus intéressants encore. L'injection de 50 centigrammes à 1 gramme de sulfate de soude en dissolution peut combattre les vomissements en général, et surtout les vomissements sans matières de la coqueluche, de la dyspepsie, de la grossesse, et jusqu'à ceux d'origine organique.

Il cite à ce propos le fait très intéressant d'une femme de trente ans atteinte de dyspepsie avec marasme chez laquelle l'injection hypodermique de 5 grammes d'une solution de sulfate de soude au dixième, soit de 50 centigrames de sel, répétée maintes fois à trois mois d'intervalle, depuis cinq ans, a produit chaque fois une amélioration considérable de l'état général en même temps que l'apaisement des troubles fonctionnels.

Des sérums artificiels plus ou moins compliqués auraient-ils une efficacité plus grande ou des effets différents ? Cela est possible, et le mélange le plus convenable serait alors celui qui contiendrait la plupart des sels neutres qui entrent dans la composition du sang : Chlorure de sodium, phospate de soude, quelques sels de potasse, de fer et de magnésie, etc.

Sous ce rapport, certaines *eaux minérales* pourraient être utilisées. Pougues, Vittel, Bourbonne-les-Bains, Salins, Kreuznach, etc.; mais on ne peut encore procéder que par tâtonnements, et il vaut mieux s'en tenir aux solutions les plus simples ; le sulfate de soude suffit à lui seul pour constituer un excellent sérum artificiel, maintenant dans leur intégrité les globules rouges et les empêchant de s'agglutiner.

L'injection parait agir dynamiquement; elle est stimulante, la dose est presque secondaire. Il y a fièvre à la suite, comme à la suite de la transfusion du sang. L'exosmose s'arrête, et l'endosmose se réveille au profit de l'individu.

B. *Mode opératoire.*— La seringue de Pravaz doit être rem-

placée par une autre d'une capacité de cinq grammes. Comme lieu d'élection prendre les régions les plus riches en hypoderme, les fossettes de la hanche en avant et en arrière du grand trochanter. L'éloigner le plus possible de la peau pour éviter les abcès. Solutions pures, variables comme degré de concentration, avec l'espèce de sel employé : sulfate de soude au dixième ; chlorure de sodium au vingtième, de même que le phosphate de soude.

L'injection n'a pas besoin d'être renouvelée souvent — à un mois d'intervalle par exemple.

C. *Applications spéciales.*— Il y a lieu de pratiquer la transfusion hypodermique dans : le choléra pour favoriser la réaction ou pour la régler ; les diarrhées cholériformes ou le choléra sporadique ; le choléra infantile et l'athrepsie ; les cachexies en général; les maladies d'épuisement par flux, par hémorrhagie, par dyspepsie, par allaitement, suite des couches, convalescence, etc., etc.

Des résultats très probants ont été observés par l'auteur dans des cas de choléra sporadique et de choléra infantile. Il n'a point d'expérience pour le choléra asiatique.

(*Arch. gén. de médecine.* Décembre 1884.)

R. C.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

—

Des Névralgies chez les Tuberculeux, par le Dr F. Dreyfous. — Si la tuberculose est comptée au nombre des causes possibles de névralgie, les renseignements qu'on possède sur ce point sont des plus vagues. A part les douleurs intercostales qui dépendraient bien plus de phénomènes inflammatoires pleuro-pulmonaires propagés du tronc nerveux voisin qu'à une action spéciale de la maladie sur les nerfs périphériques, les autres névralgies avaient été à peine mentionnées avant Peter, Leudet, Guéneau de Mussy.

Or, les névralgies chez les tuberculeux s'observent à toutes les périodes de la maladie.

1° Celles de la période terminale, dans la majorité des cas, devraient être imputées à la cachexie, que tous les auteurs ne manquent pas de signaler parmi les causes de névralgie ;

2° A la période d'état, dans le cours de la phthisie confirmée on peut observer : la névrite intercostale (Beau, Bourdon), les altérations diverses du phrénique et du pneumogastrique (Heine), et même la tuberculose du nerf diaphragmatique ou du pneumogastrique. Alors, le nerf lésé est en rapport plus ou moins intime avec l'organe principal atteint ;

3° A la période initiale de la phthisie, on peut observer des névralgies périphériques de sièges divers : la plus fréquente de beaucoup est la névralgie sciatique. M. Peter et, en 1879, Friot son élève, en ont rapporté 11 cas, M. L. Landouzy en a observé cinq cas.

Ces névralgies des tuberculeux sont rebelles au traitement habituel et durent très longtemps. Elles appartiennent à la classe des sciatiques graves indiquées par Lasègue, des sciatiques névrites.

Dans l'observation qui fait le sujet de cette note, la névralgie qui frappait le cubital, apparut comme phénomène tardif chez une femme déjà cachectique. Elle fut localisée à un seul côté du corps, de même que chez les malades de Peter et de Landouzy. Cette unilatéralité mérite d'être signalée, les névralgies de cause diathésique ou toxique étant le plus souvent bilatérales. (Diabète, saturnisme, etc.)

La tuberculose fait exception à la règle, parce que, ici, il s'agit d'une lésion locale du nerf, et même, d'après Laudouzy, d'une manifestation locale de la tuberculose.

Le sujet était une femme de 40 ans, qui, indemne de toute tare héréditaire devint tuberculeuse par contagion. La localisation de la douleur au trajet du nerf cubital, sa coïncidence avec l'anesthésie dans la zone de distribution du nerf et l'augmentation de volume du tronc nerveux sont des raisons suffisantes pour faire penser à une névralgie névrite tout à fait comparable à celles des observations auxquelles il a été fait allusion.

(*France médicale*, 29 et 31 mai 1884.)

R. C.

Dégénérescence amyloïde du foie, par Ballah. — Il s'agit dans ce cas d'un homme de 56 ans qui avait eu pendant la guerre d'Amérique la dysenterie épidémique, passée à l'é-

tat chronique, et qui depuis revenait à époques périodiques. Assez bonne santé néanmoins jusqu'il y a six mois. Depuis lors, sensation de pesanteur et de tiraillement dans l'hypochondre droit, accompagnée de dyspnée. Ses démarches en vue d'obtenir une pension le firent soumettre à l'examen d'un certain nombre de médecins distingués qui constatèrent une augmentation considérable du volume du foie dans tous les sens et qui diagnostiquèrent l'un un kyste hydatique, un autre un abcès, un autre une congestion passive du foie, etc. Presque tous parurent oublier que la suppuration du canal intestinal dans la dysenterie chronique est une cause puissante de dégénérescence amyloïde. La marche de la maladie fut lente. Pendant les derniers dix jours l'ictère fut très marqué, avec épistaxis très abondantes et œdème des extrémités inférieures. A l'autopsie, on constata que presque tout le foie était envahi par la dégénérescence amyloïde ; il pesait onze livres. La rate et les reins étaient légèrement atteints ; parois du cœur flasques, mais d'apparence normale.

L'étiologie dysentérique de la dégénérescence amyloïde du foie est loin d'être banale, en ce sens que c'est plutôt un processus suppuratif du côté de cet organe qui détermine la phlegmasie chronique de l'intestin. Ce cas méritait donc d'être signalé. (*The Medical Age*, 10 août 1884.) J. C.

Rôle du suc intestinal, par le professeur Sobra. — On admet généralement que la bile et le suc pancréatique sont les principaux agents de transformation des corps gras ingérés comme aliments pour qu'ils puissent être absorbés par les vaisseaux sanguins et lymphatiques de l'intestin. Or, l'auteur ayant isolé, chez un chien, une portion du jejunum, et ayant ensuite lié les deux bouts de l'intestin divisé, le lava avec soin à l'eau tiède jusqu'à ce qu'il ne sortît plus de matière étrangère ; et après avoir lié une extrémité, il introduisit dans cette portion de jejunum de la graisse neutre, un mélange d'huile d'olive et de beurre fondu. Il lia alors l'autre extrémité et rentra ce fragment d'intestin dans l'abdomen. Six heures plus tard, le chien fut sacrifié et en ouvrant l'abdomen, on vit très nettement que les vaisseaux lymphatiques de la partie isolée et ceux du mésentère y attenant, étaient remplis de graisse,

tandis que les lymphatiques de tout le reste de l'intestin et du mésentère avaient l'aspect transparent qu'on observe chez les animaux qui ont subi un jeûne prolongé.

Cette expérience non seulement confirme l'opinion avancée par Vella que le suc intestinal aide à la digestion de la graisse, mais montre qu'il peut, sans le concours de la bile ou du suc pancréatique, faire subir aux graisses neutres les transformations nécessaires pour leur absorption au moins par les lymphatiques de l'intestin. (*Archives Italiennes de Biologie*, mai 1884, et *Amer Journ. of med. Sciences*, 8 novembre 1884.)

J. C.



BIBLIOGRAPHIE

—

Nous venons de lire avec le plus grand intérêt les *Eléments de pathologie chirurgicale spéciale et de médecine opératoire* de Roser, traduits de l'allemand par les Docteurs Culmann et Sengel de Forbach.

C'est un ouvrage sans analogue dans notre littérature chirurgicale française. Nos maîtres nous ont donné des traités d'anatomie chirurgicale, des manuels de médecine opératoire qui sont entre les mains de tous les praticiens, mais il n'ont point fa ae *chirurgie anatomique*.

Le livre que nous présentons à nos lecteurs est une véritable chirurgie des régions. Il place en premier rang la chirurgie et les opérations, au lieu de la maintenir au second plan, comme le font Malgaigne et Richet dans leur anatomie chirurgicale. C'est donc un ouvrage éminemment pratique, un de ces livres que le chirurgien doit avoir sous la main, car il y trouve rapidement en présence d'un cas donné toutes les indications nécessaires qu'il ne pourrait se procurer qu'en feuilletant de nombreux ouvrages. C'est donc le *vade mecum* du praticien qui ne peut avoir à sa disposition une bibliothèque complète, et nous avons entendu le professeur Richet le recommander tout particulièrement aux chirurgiens des armées de terre et de mer.

L'appréciation de ce maître nous dispense de toute autre louange ; mais en donnant une légère idée de cette œuvre au

lecteur, si nous parvenons à en présenter une exacte analyse, ce sera le meilleur éloge que nous en puissions faire.

Malgré les apparences modestes de ce volume qui est de 800 pages in 8°, c'est un traité très complet de chirurgie opératoire. Certainement il ne donne pas les précieux détails et les leçons d'expérience consommée que nous trouvons dans la clinique chirurgicale du savant professeur Gosselin, mais c'est un livre qui ne fait double emploi avec aucun traité de chirurgie générale.

L'auteur l'a divisé en treize parties, qui correspondent à chacune des régions du corps. La tête fait l'objet de quatre chapitres : il y en a un pour la région crânienne, un pour l'organe de l'audition un pour le nez et un pour la bouche ; ce dernier est le plus important, et nous y trouvons des articles remarquables sur les lèvres, les joues et la langue.

Sans nous arrêter au chapitre qui parle du cou, où la trachéotomie est traitée de main de maître, ni à ceux dans lesquels l'auteur parle de la poitrine et de la colonne vertébrale, nous insisterons sur le chapitre qui a trait aux affections de l'abdomen. Le diagnostic si délicat des tumeurs abdominales est parfaitement présenté, et le mécanisme des hernies est si bien décrit que l'auteur a rendu facile à saisir un des points les plus ardus de la science chirurgicale.

Plus loin l'auteur parle du rectum ; il fait de ce chapitre une excellente monographie de cent pages et se montre très au courant de la science.

Il examine ensuite les affections chirurgicales des organes génitaux de l'homme et de la femme où nous trouvons sur les maladies de la vessie des notions très complètes.

Enfin, il termine par la chirurgie des membres où les fractures, les luxations et les amputations sont très exactement décrites.

Après avoir lu ce volume, nous sommes étonné du nombre et de la variété de connaissances qu'il renferme, et nous croyons qu'il a sa place bien marquée dans les plus riches bibliothèques comme dans l'humble casier du médecin de campagne,

Disons encore que les traducteurs ont tout fait pour mettre cet ouvrage au courant de la chirurgie française ; ils y ont ajouté des notes importantes qui comblent en partie une lacune que nous avons remarquée : c'est que le professeur Roser

cite fort peu les chirurgiens français, bien qu'il se montre fort au courant de leurs travaux.

Malgré cette légère critique, nous n'hésitons pas à recommander ce livre aux praticiens français pour la raison très simple que la science et la vérité sont de tous les pays.

Docteur H. Bergeron.



FORMULAIRE

—

Pilules contre l'aménorrhée.

Sulfate de fer pulvérisé.. } àà 8 gr.
Carbonate de potasse pur }
Mucilage de gomme adragante .... S. Q.

Faire 50 pilules. — On les prescrit, à doses graduellement croissantes, contre l'aménorrhée des cholériques, et les malades doivent arriver à en prendre jusqu'à 3, après chaque repas; — pour atténuer la constipation que détermine le sulfate de fer, le malade doit prendre en se couchant, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à café de la poudre suivante :

Séné pulvérisé........ } àà 15 gr.
Réglisse pulvérisée.... }
Soufre sublimé et lavé. } àà 8 —
Fenouil pulvérisé..... }
Sucre pulvérisé....... 45 —

Mêlez.

—

Pommade pour frictions dans les névralgies intercostales.

(Durand)

Veratrine........... 10 centigr.
Chlorhydrate de morphine............. 10 —
Cold cream......... 5 gram.

Mêlez.

Faire chaque jour une friction sur la partie douloureuse avec gros comme un pois de cette pommade.

—

Douleur et gonflement de la paupière dans le zona ophtalmique.

(Boucheron).

Acide borique........... 1 gr.
Hydrate de chloral....... 1 —
Glycérine............... 20 —
Eau.................... 200 —

Mêlez pour faire une solution. Bassiner l'œil plusieurs fois par jour.

—

Traitement de l'iritis

(Galezowski).

Dix gouttes par jour (en trois fois) du collyre suivant :

Eau distillée. .... 10 gram.
Sulfate neutre d'atropine................ 2 centig.

Ce collyre calme la douleur, resserre les vaisseaux et détruit les synéchies. 2 fois par jour, 50 centigrammes de quinine. Une sangsue derrière l'oreille.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Nous apprenons la mort d'un jeune savant, le docteur C. Hamon ; parti depuis deux ans en Abyssinie, où il avait été envoyé avec une mission scientifique ; du Dr Régnier, de Paris, reçu eu 1829, décédé à l'âge de 84 ans ; du Dr Darnel, maire de Calais ; de M. le docteur Savidan, qui vient de succomber à l'âge de soixante et un ans ; de M. le Dr Carré, membre titulaire de la Société de médecine pratique de Paris ; du Dr Simyon, de Cluny (Saône-et-Loire).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 décembre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

M. Panas présente à l'Académie : 1° De la part de M. le docteur Ernest Lagarde (de Pau) un « Manuel memorandum à l'usage de l'accoucheur et de la sage-femme » ; — 2° de la part de M. le docteur H. Mireur une « Etude historique et pratique sur la prophylaxie et le traitement du choléra, basée sur les observations fournies par l'épidémie de Marseille en 1884» .

M. Proust donne lecture d'une note sur un mode possible d'inoculation de la pustule maligne.

Épidémie cholérique de Paris. — M. Dujardin-Beaumetz est appelé à la tribune pour exposer quelques considérations sur la marche de l'épidémie de choléra qui s'étend en ce moment à Paris.

Le début de l'épidémie a eu lieu dans la nuit du 3 au 4 novembre. A ce moment, on ne saurait trop le redire, l'état sanitaire, à Paris, était aussi excellent que possible.

Dans la nuit du 4, au n° 132 de la rue Saint-Antoine, un individu employé dans un lavoir, adonné aux boissons alcooliques, fut pris d'une attaque de choléra. M. Dujardin-Beaumetz, qui vit le malade, crut d'abord à un cas de choléra nostras ; mais, dès le lendemain, des cas analogues éclatèrent dans divers quartiers de Paris ; le doute ne fut plus possible, il s'agissait bien du choléra épidémique.

M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer, à ce sujet, combien est erronée l'opinion d'après laquelle le premier cas de choléra étant connu, il serait possible d'arrêter l'épidémie en isolant le malade. Mais, ici, on peut se demander quel a été véritablement le premier cas, puisque des cas analogues se sont montrés en même temps de tous les côtés à la fois.

On voit, sur un graphique mis par M. Dujardin-Beaumetz sous les yeux de l'Académie, qu'à partir du début, l'épidémie a été constamment en augmentant jusqu'au 10 novembre, jour où le nombre des décès a été de 110 ; à dater de ce jour, elle a été constamment en diminution ; aujourd'hui, on compte à peine 1 décès par jour, et même il y a des jours où il ne se produit pas du tout de décès.

La mortalité totale, pour la ville de Paris, s'est élevée au chiffre de 912 décès, sur lequel il y a eu 530 hommes et 381 femmes.

La proportion, relativement à la population actuelle de Paris, a été de 4,07 pour 10,000 habitants. Dans les épidémies antérieures de 1832, 1849, 1854 et 1873, elle a été :

En 1832, de 234,16 pour 10,000 ; en 1849, de 185,31 ; en 1854, de 78,84 ; en 1873, de 4,617.

Ces résultats comparatifs montrent que la mortalité a été constamment en diminuant dans les épidémies successives qui ont atteint Paris, y compris l'épidémie actuelle.

On a vu que les femmes avaient été moins atteintes que les hommes ; mais il n'en a pas toujours été de même dans les diverses épidémies.

En 1832, par exemple, les femmes furent plus atteintes que les hommes ; en 1849 et 1854, les hommes furent plus atteints que les femmes ; en 1873, les femmes furent plus atteintes que les hommes.

Si maintenant l'on compare les chiffres de la mortalité des épidémies de Toulon et de Marseille à ceux de Paris, on trouve qu'à Toulon, il y a eu 669 décès sur une population de 70,000 habitants réduite, il est vrai, à peu près de moitié par l'émigration en masse des gens que la peur chassait de la ville ; c'est une proportion de 138,43 pour 10,000 habitants.

A Marseille, la mortalité totale a été de 1781 décès sur 360,099 habitants, ce qui fait 40,94 pour 10,000 habitants. Ici, encore, il faudrait doubler les chiffres à cause de la diminution de la population au moment de l'épidémie.

La mortalité totale de la ville de Paris (912) se répartit inégalement suivant les arrondissements et les quartiers.

L'arrondissement le plus frappé a été le VIIe, si l'on y comprend le chiffre de la mortalité exceptionnelle qui frappa l'asile des vieillards de l'avenue de Breteuil, situé dans cet arrondissement. La mortalité s'est élevée à 12,60 pour 10,000. Si on retirait la mortalité de cet asile, cet arrondissement, au contraire, a été l'un des moins frappés, puisque cette mortalité s'élèverait seulement à 4,60.

Puis viennent : le XIXe, avec une mortalité de 8,82 ; le XIe, avec 8,07 ; le XIIe, avec 7,71.

Les moins frappés ont été : le IXe, avec une mortalité de 0,40 : le VIIIe, avec 1,01.

La répartition par quartiers montre un maximum de mortalité pour celui de l'école militaire, toujours pour la même circonstance de la présence dans ce quartier de l'asile de l'avenue de Breteuil ; la mortalité a été de 39,50 ; puis viennent le quartier Sainte-Marguerite, 12,91 ; les Quinze-Vingts, 12.90 et, enfin, le Pont-de-Flandre, 12,59.

M. Dujardin-Beaumetz donne quelques détails sur la petite épidémie de l'asile de Breteuil. Cet asile contenait 217 vieillards des deux sexes. Le choléra y éclata le jeudi 6 novembre et y fit rapidement de nombreuses victimes, pas moins de 71, sur lesquelles on compte 47 hommes et 24 femmes, dont 2 religieuses.

On a prétendu que la maladie, dans cet asile, avait été provoquée par une sorte d'empoisonnement par des moules avariées.

L'enquête a prouvé qu'il n'existait rien de semblable ; il a été impossible de découvrir le point de départ de l'épidémie.

Le quartier Sainte-Marguerite, présente en quelque sorte, l'idéal de l'insalubrité et de la malpropreté. Cette rue renferme 47 maisons, logeant une population nomade de 2,000 habitants, 35 sont des garnis. Sur ces 47 maisons, 18 ont été frappées ; 16 appartiennent à des garnis, 2 à des appartements non garnis. C'est le n° 27 qui contient 50 locataires qui a été le plus atteint, car il y a eu 7 décès.

Le nombre total des cas de choléra constatés dans la rue Sainte-Marguerite a été de 43 et le nombre des décès 25. C'est plus de la moitié du nombre total des décès du quartier Sainte-Marguerite où il y a eu 81 cas et 45 décès.

Grâce aux soins énergiques pris par le docteur Mouton et par le commissaire de police, l'épidémie, dans cette rue, paraît s'être arrêtée sur place, et dans les maisons atteintes on a compté 1 à 2 décès au plus, 5, comme il a été dit tout à l'heure, chiffre bien minime, lorsque l'on songe au nombre des locataires de chacune de ces maisons, près de 300 pour l'une d'elles, et aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent placés les habitants.

On peut se demander, continue M. Dujardin-Beaumetz. si le choléra de Paris doit être considéré comme une épidémie bénigne ? Non, dit-il le choléra de Paris a eu la même morbidité que celui de Toulon, de Marseille et de Nantes. La comparaison des chiffres suivants en fait foi.

A Toulon, d'après la statistique de l'hôpital civil dressée par M. le docteur Cunéo, il y a eu 221 entrées et 123 décès, soit une mortalité de 65,779 p. 100.

A Marseille, d'après la statistique de M. le docteur Duranty, il y a eu 659 entrées et 337 déeès, soit une mortalité de 55,916p. 100.

A Nantes, d'après la statistique de M. le docteur Bonamy, la mortalité a été de 50 p. 100.

A Paris, sur 1037 entrées, le nombre des décès a été de 567 ; mortalité, 54,49 p. 100.

La mortalité a donc été à peu près la même à Toulon, à Marseille et à Nantes qu'à Paris. Ces épidémies ont été partout remarquables par le chiffre relativement peu considérable de la morbidité. Ce résultat doit être attribué, suivant M. Dujardin-Beaumetz, à l'organisation intelligente des secours et au zèle des médecins préposés aux soins des malades, à l'intervention des commissaires de police qui ont partout secondé les efforts des médecins et rendu possible l'application des moyens nécessaires pour combattre le mal, au fonctionnement de nombreuses voitures de transport qui ont rendu les plus grands services pour le transport des malades dans les hôpitaux, enfin à l'organisation d'un corps de désinfecteurs qui n'a pas été moins utile et moins efficace dans l'accomplissement de la tâche si importante qu'il avait à remplir.

Lorsque le grand problème qui se rattache à la question des vidanges aura été résolu, quand la population aura partout à boire de bonne eau de source, il y a lieu d'espérer que l'application in-

telligente des mesures d'hygiène suffira pour préserver l'human ité des atteintes de nouvelles épidémies cholériques.

M. Hardy regrette que M. Dujardin-Beaumetz se soit borné à un simple exposé statistique et n'ait pas tiré des faits dont il a parlé la conséquence morale qu'ils comportent.

Ce que M. Hardy croit devoir faire ressortir, c'est le fait que l'épidémie de Paris n'a pas eu la physionomie des autres épidémies, non plus que celle des épidémies de Toulon et de Marseille ; c'est qu'elle semble donner un démenti éclatant à tout ce que nous croyions savoir touchant la marche, la durée, la propagation de la maladie.

D'abord, le choléra a éclaté à Paris au moment où de l'avis unanime, l'état sanitaire de la ville était parfait : il n'y avait pas ombre de ces diarrhées dites prémonitoires, auxquelles M. Jules Guérin a fait jouer un si grand rôle ; s'il est resté quelque doute sur l'état sanitaire de Toulon et de Marseille, au moment où le choléra s'est montré dans ces localités, ce doute ne saurait être admis pour Paris, où il n'y avait alors ni dysenteries, ni entérites, ni diarrhées.

Quant au mode de propagation du choléra de Paris. M. Hardy demande s'il a été celui des maladies contagieuses qui vont dans les rues, de numéro en numéro, pour ainsi dire de porte en porte, envahissant tout successivement sur leur passage ? Loin de là, on a vu le choléra de Paris envahir, en moins de trois jours, toute la ville et se montrer sur tous les points à la fois. On n'a pas su comment l'épidémie y avait commencé, ni comment elle s'y était étendue.

A Toulon et à Marseille, on avait pu suivre la filière des cas : à Paris on a manqué absolument de fil conducteur.

La marche du choléra de Paris déroute complètement les idées que l'on avait sur la contagion de cette maladie. On a inculpé les eaux. Quelles eaux ? M. Hardy a vu mourir du choléra un homme appartenant à la classe aisée et qui ne buvait que de l'eau minérale. Pour lui, la véritable source de la diffusion de la maladie, c'est l'air atmosphérique. Dans tout ce qui s'est passé à Paris, il ne peut s'empêcher de trouver une objection capitale aux idées de propagation du choléra par les malades. Dans la rue Sainte-Marguerite, par exemple, où existent des maisons ne contenant pas moins de plusieurs centaines de locataires, c'est à peine si l'on a vu deux ou trois cas par maison, bien que tous les habitants de ces maisons eussent à subir les mêmes influences hygiéniques mauvaises. M. Hardy veut bien croire que les mesures prises par l'autorité administrative aient pu rendre quelques services ; mais du moins elle eût dû les prendre sans le dire aussi haut. Le bruit qu'elle a fait a effrayé et mis en fuite pas mal de gens qui seraient restés, et empêché de rentrer bien d'autres qui n'auraient pas mieux demandé que de revenir. Les descentes de la police dans les maisons, les fumigations antiscientifiques auxquelles on soumettait malgré eux les malades et leurs appartements, sous prétexte de détruire des parasites dont on ne connaît encore ni la nature. ni la forme, ni le nom : tous ces procédés, aussi hasardeux qu'absurdes et arbitraires, ont sou

levé partout de légitimes protestations dont M. Hardy ne craint pas de se faire l'écho devant l'Académie.

M. Le Dentu présente un malade auquel il a pratiqué avec succès, il y a plus de trois ans, l'extirpation du rein gauche.

Il s'agissait alors de faire une fistule urinaire inguinale qui résultait de l'incision d'une hydronéphrose dans la fosse iliaque.

La néphrotomie avait fait cesser immédiatement tout écoulement d'urine, mais au moment où l'observation a été communiquée à l'Académie il restait une fistule purulente, à laquelle aboutissait un trajet d'une certaine longueur occupé par un tube à drainage.

Ce tube fut laissé en place jusqu'à ce que l'écoulement du pus fut réduit à presque rien. Il ne fut enlevé qu'au mois de février 1883 et dès le surlendemain l'orifice était fermé définitivement.

Depuis cette époque la guérison s'est maintenue, sans qu'il soit survenu le moindre trouble dans la santé de l'opéré.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 novembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Opérations et choléra. — M. Després fait, à la Charité, 7 grandes opérations pendant la courte et bénigne épidémie de choléra ; elles se sont comportées avec la plus grande bénignité. A ce propos, M. Terrier s'étonne qu'on ait cru devoir fermer son service de l'hôpital Bichat, où il n'y a pas eu plus de cholériques qu'à la Charité.

Traitement du trichiasis et de l'entropion par la cautérisation. — Rapport de M. Terrier, sur deux mémoires de MM. Vieusse et Trousseau.

M. Vieusse préconise un procédé arabe qui consiste dans la cautérisation par raies de feu perpendiculaires à la direction de la paupière. M. Trousseau fait, au contraire, un sillon plus au moins profond près du bord libre et de l'une à l'autre fente palpébrale.

Suit l'historique de la cautérisation par le feu, dans le traitement du trichiasis, de l'entropion et de l'ectropion. Pratiquée par les chirurgiens de l'antiquité, cette méthode appartient surtout aux Arabes. M. Galezowski a préconisé, en 1871, un procédé moitié sanglant, moitié cautérisant ; à la même époque, M. Cusco employait un autre procédé dans lequel la perte de substance ne va pas jusqu'au tarse, tandis que dans le procédé de MM. Terrier et Trousseau, la cautérisation s'étend jusqu'à ce cartilage ; enfin, dans le procédé employé par M. Vieusse, la cautérisation est limitée au bord libre des paupières ; ce procédé diffère totalement des autres par la direction de la raie de cautérisation.

M. Trélat remarque que, dans le trichiasis limité, Caron du Villard a préconisé un procédé de cautérisation des bulbes pileux, seulement avec l'outillage ordinaire, on ne cautérise pas les bulbes en question. Aussi, a-t-il fait construire une aiguille galvano-caustique qui remplit le but, en s'aidant de loupes grossissantes. Dans deux ou trois cas, il a eu des succès dans des triachiasis limités.

M. Perrin a rencontre la même difficulté ; il s'est servi d'un outillage analogue avec le thermo-cautère ; cependant l'aiguille rougit peut-être plus difficilement qu'avec le galvano-cautère.

Amputation sus-trochantérienne. — M. Verneuil fait une communication qui comporte deux points particulièrement intéressants ; l'évolution de l'affection, et d'autre part un fait de médecine opératoire.

Le malade en question avait été atteint d'une ostéomyélite aiguë

du fémur à l'âge de 19 ans, pour laquelle on lui avait pratiqué l'amputation de la cuisse immédiate en Angleterre. La réparation est un peu longue ; néanmoins, au bout de deux ans, l'opéré peut porter un appareil ; 26 ans après, il fait une chute sur son moignon, un abcès se forme, puis plusieurs autres ; mais il n'y a pas de séquestre ; bref, le malade arrive à la Pitié le 15 avril 1884. Le moignon hyperostosé était sillonné de fistules ; l'abcès qui existait fut ouvert et on ne trouva pas encore de séquestre. Dans ces conditions M. Verneuil fit une réamputation, en se servant du tracé cutané de la désarticulation de la hanche (procédé ovalaire) ; il fut obligé de remonter jusqu'à la base du col pour trouver l'os sain et pratiqua la section à ce niveau, pensant que cette opération est plus bénigne que la désarticulation de la hanche. Pansement antiseptique ouvert. Le malade est guéri et présenté à la Société.

Arthropathie d'origine nerveuse, redressement.— M. Terrillon a eu à traiter récemment une arthrite du genou, consécutive à une pachyméningite cervicale ; cette arthrite coïncidait avec une paraplégie qui avait fini par disparaître. Le redressement ne put être obtenu qu'après ténotomie des muscles postérieurs de la cuisse ; bref, le résultat a été excellent.

M. Trélat a fait connaître depuis longtemps la grande nécessité qu'il y a de ne pas laisser les articulations se placer dans une mauvaise attitude ; si ce précepte était mis en pratique, il serait inutile d'avoir recours à ces opérations, si heureuses qu'elles soient dans certains cas.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE

Seance du 21 *Avril* 1884

Présidence de M. Danjoy, vice-président.

(*Suite*).

Rapport sur la candidature de M. le Dr Blanc, d'Aix-les-Bains, au titre de membre *correspondant national*, par M. de Lavarenne, au nom d'une Commission composée de MM. Caulet, Cazaux, Japhet, Labat et de Lavarenne, *rapporteur*.

Dans votre dernière séance vous avez chargé une commission d'examiner les titres du docteur Blanc, d'Aix-les-Bains, qui sollicite l'honneur de faire partie de votre Société, en qualité de membre correspondant. Je viens vous présenter le rapport fait au nom de cette commission.

Le docteur Blanc vous a adressé, à l'appui de sa candidature : « 1° Sa thèse de doctorat sur « l'action du soufre et des sulfureux dans le Traitement de la syphilis »;

2° Rapport adressé au ministre du commerce en 1882;

3° Un travail analogue sur Aix (en anglais);

4° Un mémoire dans lequel l'auteur présente sa manière de voir sur l'intervention des sulfureux dans le traitement de la syphilis.

Tous les médecins hydrologues, et en particulier ceux qui pratiquent dans les stations sulfureuses, ont souvent eu l'occasion d'apprécier la thèse du docteur Blanc. Enfant d'Aix-les-Bains, fils d'un savant praticien de la localité, ayant été à même, dès le début de ses études médicales, d'analyser l'action des sulfureux, théoriquement dans les laboratoires à Paris, pratiquement à l'Etablissement d'Aix, notre confrère a publié un travail inaugural remarquable. Le côté le plus intéressant de cette étude, celui qui doit surtout être mis en relief, regarde « l'action des sulfureux sur les mercuriaux et les accidents qu'ils entraînent ».

S'appuyant sur une première série d'expériences, M. Blanc a démontré d'abord combien était fausse cette théorie soutenue alors par nombre d'auteurs, qui admettaient la formation, dans l'économie, d'un composé insoluble, après l'absorption du mercure et du soufre. Poursuivant son but, il conclut, au contraire, d'après les résultats d'une seconde série d'expériences, que les sulfureux fluidifient les sels organiques de mercure accumulés dans les tissus ; ces composés, devenus solubles sous l'influence du soufre, sont remis en circulation et éliminés en plus grande quantité par les sécrétions. Par son absorption, dit M. Blanc, le soufre passe à l'état d'hyposulfite et de sulfite, et ce sont ces composés, qui, se trouvant en présence des chloro-albuminates-hydrargériques, vont fluidifier ce coagulum, remettre le mercure en circulation, et favoriser son élimination par la surface cutanée. L'auteur attache en outre une grande importance à cette élimination par la peau, car ainsi, à mesure de l'élimination, l'hydrogène sulfuré forme un sulfure insoluble, emporté par le bain, empêchant ainsi la réabsorption.

C'est là une théorie fort séduisante, qui peut être discutée, mais qui a réellement le mérite d'expliquer les bons effets des sulfureux sur les accidents de l'absorption du mercure.

La conclusion générale du travail est que le soufre et les sulfureux ne guérissent pas la syphilis, que par leur action excitante, ils appellent à la peau les manifestations de cette diathèse, qu'ils portent le mercure là où est le mal, qu'ils empêchent les accidents dus à l'accumulation mercurielle, enfin, qu'accélérant la circulation sanguine et lymphatique, ils impriment aux syphilides une modification curative, surtout là où la scrofule est un jeu, et qu'ainsi ils servent à la reconstitution du sang.

La plupart de ces conclusions sont encore vraies ; mais nous n'avons pas à les analyser ici, ce serait faire dévier la discussion qui s'agite en ce moment dans le sein même de cette Société.

Nommé Inspecteur en 1881, M. Blanc a adressé à M. le Ministre du commerce, à l'occasion des agrandissements et du nouvel aménagement de l'Etablissement d'Aix, un rapport détaillé, véritable monographie, qui contient une description complète de l'Etablissement et de tous les moyens balnéothérapiques emloyés, et où sont consignés les résultats obtenus pendant 15 ans dans la pratique de l'auteur. Notre confrère a eu l'heureuse idée de publier en anglais un travail analogue ; nous devons ici lui exprimer toute notre gratitude, ainsi qu'aux autres confrères, qui vont en Angleterre lutter sur le terrain des Eaux minérales, avec l'Allemagne.

La vogue dont Aix jouit de l'autre côté du détroit est bien faite pour nous encourager à adopter la voie déjà suivie par les médecins de cette station.

Enfin, à propos de la discussion soulevée par le traitement de la syphilis aux eaux sulfureuses, notre confrère, qui travaille depuis plus de 15 ans à la solution de ce problème, nous a adressé un mémoire contenant en résumé sa manière de voir, se réservant de venir nous présenter un travail plus complet, lorsque des expériences actuellement en cours, auront donné des résultats probants.

Dans ce mémoire, le docteur Blanc a voulu répondre aux questions souvent posées, en la matière, aux médecins hydrologues.

1° Les Eaux sulfureuses sont-elles utiles dans le traitement de la syphilis ?

Cette utilité est aujourd'hui incontestée, et notre confrère cite des cas où il a obtenu « de véritables résurrections chez des malades qui avaient épuisé l'arsenal thérapeutique antisyphilitique. »

2° A quel moment doit-on envoyer les malades aux Eaux sulfureuses ?

Pour le docteur Blanc, c'est lorsque la période aiguë de la maladie est passée, lorsque les malades ont déjà été soumis au traitement mercuriel et ioduré pendant une année. Il est loin d'être aussi exclusif que M. Martineau, qui considère comme très dangereux d'envoyer des malades aux Eaux pendant la première période de la syphilis, car il a soigné fréquem-

ment, à Aix, des syphilitiques même très récents, en leur faisant suivre un traitement sulfureux peu intense, il est vrai. Il lui a même semblé que l'évolution vers la guérison était ainsi rendu plus rapide.

3° Le soufre et les sulfureux guérissent-ils la syphilis ?

Notre confrère ne saurait trop s'élever contre cette supposition que le syphilis peut être guérie aux Eaux sulfureuses,sans l'emploi du traitement spécifique ; allant plus loin, il ajoute même qu'il y a danger à les employer sans avoir le soin de donner en même temps le mercure et l'iode à hautes doses.

4° Les Eaux sulfureuses sont-elles une pierre de touche suffisante pour pouvoir affirmer la guérison radicale ?

M. Blanc est d'avis que cette épreuve n'a lieu d'être que très rarement tentée, que lorsqu'elle est reconnue utile, elle doit être menée avec la plus grande prudence; alors que la maladie est ancienne, que les derniers accidents datent de deux ans, au moins, et qu'on est certain qu'une cure spécifique sérieuse a été longuement suivie.

Telle est, en résumé, la manière de voir de notre confrère d'Aix ; nous n'avons pas à l'apprécier ici, la syphilis aux Eaux minérales étant à l'ordre du jour. — M. Blanc, sollicitant le titre de membre correspondant, a l'intention, du reste, de venir prendre une part active à cette discussion lorsqu'elle sera reprise, dans la seconde partie de notre session.

Messieurs, le docteur Blanc pratique la médecine à Aix-les-Bains depuis 17 ans, aimé et estimé de tous ceux qui l'approchent ; il est digne à tous égards d'être élu membre de la Société d'hydrologie.

Votre commission a donc l'honneur de vous proposer : 1° de déposer dans vos Archives le mémoire de Dr Blanc ; 2° de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de *membre correspondant.*

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES.

Présidence de sir ANDREW CLARK.

Pyélo-lithotomie : M. WILLIAM ANDERSON.
Anévrisme de l'Aorte : M. FINLAY.
Hernie en Bissac : M. GOLDING BIRD.
Os logé dans le larynx : MM. TAYLOR ET GOLDING BIRD.

Pyélo-lithotomie. — MM. William Anderson a pratiqué

cette opération sur un jeune homme de 20 ans, menuisier de son état. Le malade le consulta en juillet 1883, et se plaignait de souffrir depuis neuf mois, de douleurs lombaires et d'hématuries. L'urine n'avait jamais présenté de traces de pus ou de débris de calculs. A son entrée dans le service, l'examen de la vessie et de la région rénale ne fit rien découvrir.

Mais l'urine renfermait des globules sanguins et des cristaux d'acide urique. A la fin du mois d'août la région lombaire gauche devint douloureuse et sensible, et un empâtement local augmentait l'aire de la douleur rénale.

Le 10 septembre, le malade fut opéré. Une incision oblique parallèle à la onzième côte et à deux pouces au-dessous (0,05 centim.) exposa le rein à la vue. Le toucher et la ponction exploratrice firent découvrir une pierre dans le bassinet. A l'aide d'une incision sur les parois de cet organe, on arriva sur le calcul sans toucher au parenchyme du rein. L'extraction en fut difficile, et on n'y put parvenir qu'en se servant de la pince et du doigt. L'hémorrhagie fut peu abondante. Sauf une élévation de la température, le premier et second jour, et l'écoulement de l'urine par la plaie pendant 12 à 13 heures, rien ne vint entraver la guérison.

Deux mois après, le malade éprouva, dans la région rénale gauche, quelques douleurs qui furent suivies de l'expulsion d'un calcul. Il en rendit une quarantaine dans la suite. Ce fait porte à huit le nombre de cas heureux d'opération de pyélo-lithotomie. L'auteur mentionne, à propos de l'incision de la paroi abdominale, la brièveté de la douzième côte. C'est la onzième qu'on peut le plus souvent reconnaître ; aussi faut-il se tenir très loin de cet os, afin de ne pas s'exposer à ouvrir la cavité de la plèvre.

M. Rickmann-Godlee dit que dans le cas de récidive, il ne serait pas prudent de pratiquer la néphrectomie ; car rien ne dit que l'autre rein n'est pas malade. Quant à l'incision, il préfère traverser le parenchyme rénal, ce qui d'ailleurs ne cause pas d'hémorrhagie. En outre, pour arriver sur le bassinet, on est obligé de pratiquer une incision plus profonde. Dans un cas analogue où il avait à retirer un gros calcul, il déchira le parenchyme rénal avec le doigt sans qu'il se produisît d'accidents sérieux.

M. Henry Morris est de l'avis de M. Godlee. Il vaut mieux traverser le rein ; l'hémostase digitale est suffisante. Il conseille, avant de pratiquer l'opération, d'explorer avec soin la cavité vésicale ; car, dans une circonstance analogue, il découvrit un calcul engagé et arrêté dans un des uretères. Le malade était trop faible pour tenter toute opération.

Anévrisme de l'aorte. — M. Rickmann Godlee lit au nom de M. Finlay, l'observation d'une femme atteinte de cette affection et qui présentait en outre de l'insuffisance mitrale et aortique. Traitée pendant six mois par le procédé de M. Tufnel (decubitus dorsal, diète sévère, iodure de potassium à dose progressive) la malade refusa tout traitement chirurgical ; électrolyse ou ligature.

Le 22 mars dernier elle fut prise de dyspnée, de toux, de douleurs thoraciques et elle mourut en présentant tous les signes de bronchite et de congestion pulmonaire de la base. A l'autopsie on constate que l'anévrisme est adhérent aux cartilages des seconde, troisième et quatrième côte du côté droit et à la partie voisine du sternum.

Le sac anévrismal, était divisé en deux par une crête calcaire, prenait naissance immédiatement au-dessus de la valvule aortique et contenait quelques caillots mous et désorganisés. Athérome artériel ; dégénérescence graisseuse des fibres musculaires du cœur. Valvule aortique épaissie, déformée, adhérente et insuffisante. Erosion des cartilages costaux en contact avec l'anévrisme. En résumé, l'anévrisme n'a pas causé la mort. La malade a succombé à la dégénérescence du cœur, consécutive à l'insuffisance aortique.

Hernie en bissac. — Le Dr Golding Bird rapporte deux cas de ce genre. Le premier est celui d'une femme de 47 ans, opérée en 1878 d'une hernie crurale. La malade se présente à lui en 1880 pour se faire opérer d'une nouvelle hernie étranglée. On fait l'opération et on constate un large sac herniaire et un second sac du volume d'un doigt de gant prenant naissance, à angle droit, sur le sac principal au-dessous de l'épine du pubis, et allant se loger dans l'épaisseur de la grande lèvre. Le sac principal est disséqué et enlevé après que l'on eût placé une ligature sur le collet. Quant à celui logé dans la lèvre, les

adhérences étaient telles qu'on dut le séparer du sac principal et le laisser où il était.

Le second cas est une femme de 60 ans, qui porta pendant dix ans un bandage pour une hernie inguinale gauche. Celle-ci finit par disparaître, mais reparut de nouveau il y a deux ans. La kélotomie est pratiquée, et on trouve la hernie primitive à l'anneau externe et en outre sur une des faces latérales un sac volumineux qui avait fait hernie à travers la face antérieure du canal inguinal en laissant un large pilier externe et qui était logée sous l'aponévrose du grand oblique. La réduction fut faite, mais la malade mourut d'épuisement le troisième jour.

Os logé dans le larynx. — Ce cas observé par MM. F. Taylor et Golding Bird a trait à un homme de 63 ans qui se plaignait de tousser depuis six mois. Aucun signe stéthoscopique. On l'examine au laryngoscope et on découvre un corps étranger ressemblant à un os qui était logé au-dessous des cordes vocales. Le malade raconte que quatre mois auparavant en buvant un bouillon de tête de mouton, il avait avalé un os. Malgré ses efforts il ne put le retirer avec le doigt ; alors sa femme le poussa de haut en bas avec le manche d'une cuiller ; et l'os vint se loger dans le larynx. Pendant quelques jours, il souffrit de la gorge, cracha du sang, mais tous ces symptômes disparurent. M. Golding Bird fit la trachéotomie et retira l'os et un autre du volume d'un pois enkysté dans la muqueuse recouvrant le cartilage cricoïde. Le malade guérit parfaitement.

Le Dr Coupland cite le fait d'une femme qui mourut d'asphyxie, consécutive à la chute d'un sequestre de l'os occipital nécrosé dans le larynx. Il cite en outre le cas d'un petit garçon qui expulsa spontanément un os avalé en buvant du bouillon de mouton.

Quelques orateurs ayant demandé si l'on n'aurait pas pu se servir d'une pince pour retirer l'os, M. Taylor conseille de toujours employer la laryngotomie. A. Rizat.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 16 *octobre* 1884.

Présidence de M. Grenet, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

MM. Gillet de Grandmont, Brochin et Larrivé s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance comprend, outre les revues et journaux périodiques, une lettre du Dr Fort, de Montévidéo, concernant la dernière communication qu'il a envoyée à la Société.

Cette lettre est adressée, après avis de la Société, à M. Labarthe, qui a été chargé d'un rapport sur cette question.

M. Michel fait un rapport verbal sur la candidature de M. le Dr Augé, de Pithiviers, au titre de membre associé, et demande un délai de quinze jours pour compléter ce rapport, au sujet duquel il a demandé des renseignements qui ne lui sont pas encore parvenus.

La demande d'ajournement est adoptée.

M. Lacaze lit un travail sur le développement de la tuberculose.

Une discussion s'engage, à laquelle prennent part MM. Lacaze, Michel et Toledano.

M. Chardin présente des instruments relatifs à l'application médicale de l'électricité. Ce sont des appareils à courant continu et à courant intermittent.

Il donne les explications que comportent ces instruments.

La séance est levée à 6 heures.

Pour le Secretaire,
Dr Toledano.

Séance du 6 *novembre* 1884. — Présidence de M. Bouloumier

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le secrétaire général communique les journaux et revues périodiques et annonce la mort du Dr Carré, membre de la société.

M. Duchesne annonce le décès du Dr Simyan de Cluny (Saône-et-Loire) et à ce propos demande qu'on nomme une commission à l'effet de procéder à l'élection des membres titulaires. Il y a onze places vacantes actuellement.

Cette proposition est adoptée.

M. Delthil donne lecture de trois observations de diphthérie traitée avec succès par son procédé.

A ce propos, M. Bouloumié signale les bons résultats obtenus par le traitement de M. Delthil dans une épidémie qui vient de sévir dans une commune des Vosges et annonce à la société l'envoi probable d'un rapport du médecin qui l'a observée.

M. Michel continue son rapport sur la candidature de M. Augé, de Pithiviers, et propose son admission comme membre associé.

Cette candidature est adoptée à l'unanimité.

Plaies par armes à feu. — Un fait assez rare en France vient de se passer sous mes yeux et je demande à la Société de médecine pratique de vouloir bien me donner ses conseils dans le cas actuel, qui ne laisse pas que de m'embarrasser beaucoup.

Il a 30 jours M. X. homme de 35 ans, reçoit accidentellement une balle de carabine de tir sur le côté de la tête à droite. L'oreille à été traversée, le projectile contourna l'apophyse mastoïde et longeant l'occipital, s'arrêta enfin sur la colonne vertébrale au niveau de la 2e vertèbre cervicale.

Le soir même la balle a été enlevée par le Dr Péan.

Le blessé qui n'a perdu connaissance que pendant quelques instants au moment de la blessure se porte assez bien, quand le lendemain de l'accident il se plaint d'une douleur assez intense dans la région hépatite.

Quoi qu'on ait fait la douleur n'a fait que croître chaque jour et au grand étonnement du médecin traitant on a constaté une véritable hépatite avec vomissements incoercibles, garde robes sanguinolentes, 130 pulsations et une température de 39°.

J'ai dû voir ce malade au 30e jour de la maladie et je vous demande si vous pensez qu'il existe une certaine relation entre les accidents qui se sont développés dans le foie et la commotion produite par le coup de feu.

Ce malade est évidemment menacé d'un abcès ; je vous demanderai la permission de vous tenir au courant des phénomènes qui surviendront.

M. Brochin dit que la douleur du foie ayant eu lieu le jour même il lui semble impossible qu'elle soit due au traumatisme.

Le Président ajoute qu'il est en effet difficile d'admettre que le traumatisme soit pour quelque chose dans le cas dont il s'agit et il est amené à parler des injections de morphine qui agissent localement et d'une façon générale.

M. Brochin conteste cette hypothèse qui est soutenue à nouveau par le président :

M. Weber. — En faisant des injections chez les animaux au pied, les malades peuvent marcher et en les pratiquant sur l'épaule, l'action se produit plus lentement.

M. Pruvost. — Il est possible que la morphine agisse sur les filets nerveux de la zône qui est piquée, et en dehors de l'action générale il y a une action locale.

M. Duchesne présente à la Société un certain nombre de brochures du Dr Bertrand, d'Alger :

1° Le Suicide chez les indigènes ;

2° Le Plâtrage du vin en Algérie au point de vue hygiénique;

3° Le Salicylage des vins en Algérie au point de vue hygiénique ;

4° Le Champignon toxique de la morue sèche ;

5° Étude sur les mesures médico-administratives les plus propres à prévenir la propagation des maladies vénériennes.

La commission chargée d'établir la liste des candidats à présenter comme membres titulaires se compose de MM. Duchesne, Michel et Pruvost.

M. Chardin présente des appareils électriques pour le traitement médical et donne les explications nécessaires, il présente en outre des instruments de chirurgie alimentés par l'électricité, tels que cautère, anse galvanique, etc.

La séance est levée à 6 heures.

Pr le Secrétaire, Dr Tolédano.

Le Gérant: Dr A. Lutaud.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

121. — On demande un médecin pour diriger un établissement thermal important. Appointements : 10.000 fr. et logement. Le médecin devrait être intéressé dans l'entreprise pour une somme à déterminer. — S'adresser au bureau du journal.

120. — A céder de suite, après décès, clientèle de médecin, dans un quartier riche de Paris, avec mobilier, livres, instruments, etc., avec ou sans bail. S'adresser à M. Albert Morin, 13, rue du Cherche-Midi, de 11 h. à midi.

119. — Poste médical à prendre dans l'Indre. Population de 5 à 6.000 habitants dans un rayon de 5 kilom. Produit de 7 à 8000 fr. Il n'y a pas de pharmacien dans la contrée. — S'adresser au bureau du journal.

118. — A céder *de suite*, dans la Marne et moyennant une demi-annuité seulement, excellent poste médical, d'un *produit net* de 10.000 fr.

117. — *A céder*, dans de bonnes conditions, une *clinique ophthalmologique* fondée depuis 12 ans, située dans un bon quartier de Paris et extrêmement fréquentée. — S'adresser au bureau du journal.

116. — Pour cause de santé, clientèle médicale à céder gratuitement, dans un quartier agréable de Paris. — S'adresser à M. le Dr Simard, 3, rue Geoffroy-Marie.

115. — A prendre de suite, sans rétribution, dans Charente-Inférieure, une clientèle médicale vacante par suite de décès. — S'adresser au bureau du journal.

114. — Clientèle médicale à céder, à 16 kilom. de Paris. Produit 9.000 fr. Conditions avantageuses. — S'adresser au bureau du journal.

113. — *Poste médical* à prendre gratuitement dans un chef-lieu de canton riche du Puy-de-Dôme, 16 communes à desservir. Produit assuré, la première année 10.000 fr. — S'adresser à M. le Dr Hermet, 30, boulevard Malesherbes.

112. — Bon poste médical à prendre dans Seine-et-Marne. Nombreux villages à desservir, pas de concurence, rayon de 8.000 hab. Le médecin aurait le service des indigents de plusieurs communes pour lequel il est alloué un fixe. — S'adresser au bureau du journal.

111. — Situation à prendre à Montcontour (Côtes-du-Nord). Le titulaire ferait selon toutes probabilités le même chiffre que son prédécesseur 10.000 fr.). S'adresser à M. Guignard, 21, rue Charlemagne, Paris.

110. — Bon poste médical à prendre à Ecorché (Orne). Produit probable 12.000 fr. — S'adresser à M. Guignard, droguiste, 21, rue Charlemagne, Paris.

109. — Poste médical à prendre dans le département d'Indre-et-Loire. Le médecin trouverait tout organisée et dans des conditions avantageuses la maison habitée pendant 30 ans par le prédécesseur. Situation assurée. — S'adresser au bureau du journal.

107. — Très bonne situation à prendre dans un chef-lieu de canton, sur le chemin de fer du Nord. Rayon de clientèle, 7 à 8,000 hab. — S'adresser au Dr Maison, au Vésinet (Seine-et-Oise).

102. — Poste médical à prendre à Varennes-Jaulgonnes (Aisne). Pas de pharmacien. Le successeur bénéficierait de la pharmacie installée par le prédécesseur ainsi que de la maison, etc. — S'adresser à Madame Luquet, à Epernay, qui est la mère du Docteur décédé.

101. — Poste médical à prendre à Neuilly St-Front (Aisne). Environ 12 communes à desservir. Pays riche. Position facile permettant d'assurer environ 7,000 fr. la première année. — S'adresser à M. Lutaud, 25, boulevard Haussmann.

95. — Un Dr en médecine de Paris, marié, devant passer l'hiver dans le midi, désirerait trouver un remplacement dans une station méditerranéenne. — S'adresser au Docteur Lutaud.

94. — Un interne des hôpitaux demande à faire des remplacements. — S'adresser au bureau du journal.

90. — Bonne clientèle médicale dans le Puy-de-Dôme. Recettes : 8.000 fr. ...ce : 1.600 fr. A céder gratuitement. Le confrère devrait acheter le matériel. — S'adresser au Dr Lutaud, 25, boulevard Haussmann.

89. — A céder une clientèle médicale dans une station thermale importante. — S'adresser à M. Richelot, 11, rue Grange-Batelière.

COMITÉ DE RÉDACTION

Le *Journal de Médecine de Paris* est publié par les Directeurs : MM. **Gallard, Bergeron, Le Blond** et **Lutaud,** avec la collaboration d'un COMITÉ DE RÉDACTION :

Afin de pouvoir donner plus d'attention aux nombreuses communications qui arrivent chaque semaine à la Rédaction, les collaborateurs ont spécialisé leur tâche dans l'ordre suivant. Nos lecteurs peuvent donc, lorsqu'ils ont des observations ou des communications à nous adresser, les faire parvenir directement à chaque collaborateur intéressé.

Toutes les communications destinées à être insérées dans le numéro du samedi doivent arriver à la Rédaction le jeudi matin au plus tard.

LE COMITÉ DE RÉDACTION EST AINSI COMPOSÉ :

Questions professionnelles. MÉDECINE LÉGALE	MM. **Lutaud**, Rédacteur en chef. **Maximin Legrand**, Médecin consultant à Aix. **George Rocher**, Avocat à la Cour d'appel de Paris.
Pathologie interne......	**Chenet**, ex-interne des hôpitaux. **Cyr**, Médecin inspecteur à Vichy. **Fissiaux**, Médecin-adjoint de Mazas. **Lormand**, interne des hôpitaux. **Tissier**, interne des hôpitaux.
Pathologie externe......	**Bergeron**, Médecin des prisons de la Seine. **Boursier**, Interne des hôpitaux, **Oger**, Docteur en médecine. **E. Piogey**, ex-interne prov. des hôpitaux. **Rizat** (Chirurgie des voies urinaires).
Obstétrique et Gynécologie.	**Gallard**, Médecin de l'Hôtel-Dieu. **Le Blond**, Médecin de Saint-Lazare. **Olivier**, ex-interne de la Maternité (obstétrique), **Vermeil**, ex-interne des hôpitaux. **Marius Rey** (obstétrique).
Maladies des Enfants....	**Chenet.** **Fissiaux.** **Marchal.**
Syphilis et Dermatologie..	**Brocq**, ex-interne des hôpitaux. **Le Pileur**, Médecin de Saint-Lazare.
Hygiène, thérapeutique ET Pharmacologie.	**Paul Rodet**, Médecin du Dispensaire. **Cellard.** **Stanislas Martin.** **Julliard.**
Ophthalmologie........	**Dehenne.** **Gillet de Grandmont.**

4e ANNÉE. — T. VII. N° 25 20 DÉCEMBRE 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

ACADÉMIE DE MÉDECINE : RAPPORTS DES PRIX ; M. TRÉLAT, COMMUNICATION SUR LA STAPHYLORRHAPHIE.

L'Académie se dispose à distribuer ses étrennes, c'est-à-dire ses prix. Plusieurs rapports ont été lus mardi dernier, chacun ayant son cachet spécial. Le prix Civrieux a fourni à M. Mesnet l'occasion d'un travail très littéraire en même temps que très étudié sur la sclérose en plaques disséminées. Remarquons en passant que l'auteur du mémoire sur lequel M. Mesnet a

FEUILLETON

UNE POUSSÉE EN AVANT.

Deux journaux de médecine parisiens qui n'ont, que je sache, rien de commun, ont abordé, il y a quelques jours, le même sujet. Placés à des points de vue fort différents, visant des buts en quelque sorte opposés, il faut, pour que les auteurs des articles dont je vais parler se soient rencontrés, qu'il y ait en ce moment, dans les esprits, une idée commune qui s'impose à l'examen, et c'est ce qu'on pourrait appeler la question de « l'*Elargissement des cadres.* »

Voyons d'abord ce que dit M. Gustave Richelot, dans l'*Union médicale* du 27 novembre. Avec l'autorité que lui donne son titre de chirurgien des hôpitaux, M. Richelot établit que les conditions du service des hôpitaux ont été, depuis quelques années, considérablement modifiées : « Autrefois, dit-il, les chirurgiens passaient au pied des lits, s'approchaient pour faire le diagnostic, puis s'écartaient en prescrivant, de haut et de loin, les médicaments à donner ou les pansements à faire. Aujourd'hui la chirurgie se fait autrement... Au lieu de nous croiser les bras quand l'opération est faite, c'est alors que nos soucis com-

attiré l'attention de l'Académie considère cette affection comme de nature infectieuse. C'est là, ce nous semble, une assertion quelque peu aventurée, du moins pour l'instant. On peut se demander à ce propos s'il ne conviendrait pas d'introduire dans le cadre nosologique cette maladie toute nouvelle qui consiste à voir dans tout état pathologique un microbe pathogène.

Un autre rapport qui n'a pas moins captivé et, de plus, égayé l'assistance, c'est celui de M. Féréol sur le légendaire prix Saint-Paul. Nous regrettons vraiment de ne pouvoir le donner en feuilleton.

La séance a été terminée par une communication tout à fait magistrale du professeur Trélat, sur la staphylorrhaphie, communication qui n'a pu être terminée en raison d'un comité secret et dont la fin a été renvoyée à la prochaine séance. Il est fort probable que cette question deviendra le sujet d'une intéressante discussion.

---

mencent, et qu'il nous faut diriger les élèves novices, débattre avec les vétérans les plus minutieux détails, contrôler chaque matin tout ce qui s'est fait en dehors de nous. C'est à ce prix que, depuis quinze ans, la chirurgie obtient des résultats nouveaux ; mais ces résultats sont journellement compromis par un vice d'organisation. Des opérations urgentes sont différées, des pansements sont renouvelés un jour trop tard, des coxalgies suppurent en attendant qu'on les redresse, des sutures se jouent des progrès de l'antisepsie. Et je n'accuse pas les chefs, dont la science et la bonne volonté sont hors de cause ; car je m'accuserais moi-même d'avoir fait comme eux quand je les remplaçais ; mais je dis que le travail qu'on leur impose est au-dessus des forces humaines»
« Il ne s'agit pas de morceler des services dont l'activité est restreinte ; ceux de Necker, de la Charité, de l'Hôtel-Dieu même n'ont rien d'excessif ; mais à Lariboisière, à Saint-Louis, de deux services n'en pourrait-on faire trois, au grand bénéfice des malades ?

« Il ne s'agit pas d'amoindrir, en l'émiettant, le titre de chirurgien des hôpitaux. Quatre places nouvelles ne seraient ni une menace pour

REVUE PROFESSIONNELLE

—

CRÉATION, PENDANT L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE, DES MÉDECINS DÉLÉGUÉS DE LA PRÉFECTURE DE POLICE.

Nous insérons avec plaisir la protestation suivante:

La Société Médicale du IIIe Arrondissement, a décidé, dans sa séance du 28 novembre, qu'elle se ferait l'interprète des plaintes nombreuses qu'a provoquées dans le corps médical, l'institution des médecins délégués de la Préfecture de Police, créée pendant l'épidémie cholérique. Dans le but de n'entraver en rien l'action administrative, nous avons cru devoir attendre la fin de l'épidémie ; le moment nous semble actuellement venu de signaler au Conseil d'Hygiène et de Salubrité, les inconvénients multiples que présente cette mesure.

Nous sommes loin assurément de mettre en doute le dévouement des médecins délégués ; mais, nous fondant sur l'examen des cas de notre arrondissement, nous estimons que leur intervention a été très souvent inutile et toujours blessante pour la dignité des médecins traitants.

L'Administration a, dans la dernière épidémie, été avisée

---

les situations acquises, ni une promesse pour les ambitions malsaines.

« Si l'administration française est un modèle d'immobilité, nous vivons sur des règlements surannés. Les besoins de la population augmentent. Le personnel des hôpitaux pourrait faire face à tous les besoins. Et nous voyons, d'une part, des hommes d'âge et d'autorité, à qui le règlement impose de toucher des malades par centaines ; d'autre part, des chirurgiens de 40 ans réduits à glaner des suppléances de huit jours ; entre ces deux extrêmes, des richesses cliniques perdues et des étudiants sans boussole. »

Nous avons reproduit largement les principaux passages de l'article de l'*Union médicale*, d'abord parce qu'il est écrit avec une fermeté et une franchise qui deviennent de plus en plus rares dans la presse médicale (nous en dirons quelque jour les raisons, si l'occasion se présente) et ensuite, parce que nous entendons le discuter librement, bien assuré d'être en cela particulièrement agréable à l'auteur.

Il a fallu à M. G. Richelot un assez grand courage pour soumettre cette thèse au jugement du public. La première impression qui résulte

des cas de choléra de deux façons différentes : tantôt le médecin traitant les notifiait lui-même, tantôt c'était la rumeur publique. Dans le second cas seulement, à notre avis, l'administration était autorisée à déléguer un médecin pour donner les premiers soins et vérifier le diagnostic ; dans le premier cas, nul, mieux que le médecin traitant n'était apte à fournir un diagnostic exact et il n'était nul besoin d'un médecin contrôleur. Or, ce n'est pas ainsi que les choses se sont parsées ; dans tous les cas non seulement un, mais plusieurs délégués sont venus successivement visiter les malades, les alarmer et jeter quelquefois du discrédit sur le médecin de la famille.

Si l'on nous objecte que les médecins délégués étaient chargés de présider aux mesures de désinfection, nous n'aurons aucune peine à démontrer qu'un inspecteur de police muni d'instructions précises serait plus apte qu'aucun médecin à ce genre de service.

La Société Médicale du III[e] Arrondissement a décidé qu'elle protesterait contre l'institution des médecins délégués ; elle espère que, à l'avenir, l'administration ménagera un peu plus les susceptibilités du corps médical. Elle a lieu de compter que d'autres protestations viendront se joindre à la sienne et que les Sociétés médicales, la Presse et tous les praticiens

---

de la lecture de ce qui précède, c'est que l'auteur est mû par un sentiment personnel ; qu'il plaide sa propre cause. Eh bien, de cela nous lui savons gré. Si l'idée qu'il expose avait été lancée par un simple docteur, on n'eût pas manqué de lui reprocher son incompétence, son manque d'autorité ; on lui eût supposé la jalousie banale contre les médecins qui appartiennent aux hôpitaux. Pour notre part, nous connaissons plusieurs confrères désintéressés, et que nous croyons sages, qui n'ont jamais osé aborder ce sujet, de crainte de s'exposer à ces reproches et, de plus, de s'aliéner ceux de leurs amis qui font partie du corps hospitalier.

M. Richelot, par sa position, échappe à ces mesquines considérations. Il est de la maison ; il a, par conséquent, toute compétence pour en signaler les points défectueux. Quant à vouloir écarter la plainte [illegible] prétexte qu'il pâtit lui-même des défauts d'organisation qu'il dév[illegible], cela n'est guère admissible ; autant vaudrait poser ce principe que [illegible] qui souffrent un dommage n'en doivent rien dire par discrétion [illegible] par dignité. Le juge se refuserait à rendre justice au volé, sous [illegible]

tiendront à honneur de faire respecter notre dignité. En conséquence, nous invitons nos confrères à adresser leurs protestations ou leur adhésion à la nôtre au Président de la Société Médicale du IIIme arrondissement à la Mairie du Temple. Ces protestations seront elles-mêmes transmises au Président du Conseil d'Hygiène et de Salubrité.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

TRAITEMENT DE L'ASTHME

a) Traitement de l'accès.— L'indication capitale est de faciliter la respiration ; pour cela on emploiera les moyens suivants, décrits par ordre d'efficacité.

1° *Injections de morphine.*— Elles calment très rapidement, procurent un sommeil tranquille, mais on est obligé d'augmenter peu à peu les doses. On n'en usera qu'avec circonspection, de peur du morphinisme.

2° *Inhalations d'iodure d'éthyle.*— On en verse 12 gouttes sur un mouchoir qu'on fait respirer au malade. On calme ainsi l'accès rapidement et presque instantanément. Ces inha-

texte qu'il s'agit d'une question personnelle ! La seule chose qui importe, c'est d'examiner si, personnelle ou non, la revendication est fondée.

Qu'on nous permette de soumettre à M. G. Richelot quelques observations préalables. Nous trouvons que le tableau qu'il a tracé, afin de mettre en relief les conditions de la chirurgie actuelle, n'est pas absolument équitable pour les chirurgiens d'autrefois. Beaucoup d'entre eux, qu'ont connu les vieux praticiens d'aujourd'hui : Roux, Velpeau, Lisfranc, Ricord, Michon, Gerdy,—Gerdy surtout qui faisait une leçon au lit de chaque malade—n'allaient pas si vite en besogne ; ils ne passaient rapidement que devant ceux qui n'avaient pas besoin d'être examinés en ce moment ; mais ils s'arrêtaient, et longuement, auprès des autres, examinaient avec soin les opérés, renouvelaient eux-mêmes les pansements et les appareils, etc. M. Richelot, moins préocupé de l'antithèse qu'il a en vue, serait le premier sans doute à leur rendre justice ; cela, d'ailleurs, ne nuirait en rien à sa thèse.

Il se rappellerait, ou pour l'avoir vu, ou pour l'avoir entendu dire, que la visite d'un service de chirurgie, à cette époque, durait près de

lations sont bien préférables à celles d'éther ou de chloroforme qui réussissent mal.

3° *Vapeurs ammoniacales.*— Elles produisent la sédation en déterminant une sécrétion exagérée de la bouche et de l'arrière-gorge. Elles soulagent assez bien les malades.

On a aussi proposé de toucher le fond de la gorge avec un pinceau imprégné d'ammoniaque. On détermine ainsi un certain degré d'inflammation et une sécrétion abondante. Ce moyen a donné parfois de bons résultats.

3° *Inhalations de fumées médicamenteuses.*—Elles agissent sur la muqueuse bronchique. On emploie surtout : les papiers nitrés que l'on fait brûler dans une soucoupe près du malade; les plantes narcotico-âcres, telles que la datura, la belladone, dont on fait brûler les feuilles ou que l'on fume en cigarettes en y ajoutant un peu de sel de nitre. On prescrit également des cigares faits avec des feuilles de belladone auxquelles on mêle de l'arsenic. Tous ces moyens n'ont d'efficacité que pendant un temps limité.

b) Traitement de la maladie.— Rechercher les circonstances qui favorisent l'apparition des accès de façon à s'en préserver par un changement de milieu, de profession, etc. Le traitement médicinal variera selon la nature de l'asthme.

1° *Asthme catarrhal.*— Eviter tout refroidissement; traiter

---

trois heures. Celles d'à présent ne durent pas davantage. Chefs et élèves étaient à leur poste à 7 heures du matin. Maintenant, la visite commence à l'heure où elle finissait jadis, et cela au grand préjudice ou, du moins, au grand trouble de la règle intérieure des salles. Un des principaux motifs de ce changement regrettable est certainement le désir de certains chefs de voir un plus grand nombre d'élèves suivre le service. En faisant cette concession à la paresse, ils sacrifient la qualité à la quantité. Plus ils auront d'élèves aux heures tardives, plus ils en auront de médiocres. Il n'est pas nécessaire, croyons-nous, de s'appesantir sur ce point.

Venons à l'objet même de l'article que nous examinons. Il est contenu tout entier dans une seule phrase, et cette phrase a le mérite d'indiquer très nettement ce que désire M. G. Richelot et de poser les limites précises que ne doit pas franchir sa revendication : « Il ne s'agit pas d'amoindrir, en l'émiettant, le titre de chirurgien des hôpitaux. Quatre places nouvelles ne seraient ni une menace pour les situations acquises, ni une promesse pour les ambitions malsaines. »

la laryngite ou la bronchite primitive par les moyens ordinaires ; boissons émollientes, kermélisées, opium et ipeca si l'état se complique d'embarras gastrique ; révulsifs cutanés. Quand l'asthme n'est pas très ancien, Hardy conseille, comme un moyen merveilleux, l'application à la cuisse ou au bras d'un vésicatoire ou d'un cautère.

La teinture de lobélie à la dose de 30 à 60 gouttes par jour, préconisée par les Allemands, est peu efficace.

Eaux de Royat et de Cauterets, séjour l'hiver dans le midi au bord de la mer.

2° *Asthme nerveux.*— Bromure et surtout iodure de potassium qui produit d'excellents effets, sans que l'on en connaisse le mode d'action.

Café vert à la dose d'une cuillerée à potage que l'on fait infuser toute la nuit dans un verre d'eau. Une tasse le matin pendant plusieurs mois.

Bain d'air comprimé ; excellent moyen. Quelquefois on obtient le même résultat en ordonnant aux malades de sonner de la trompe ; on fait ainsi arriver une masse d'air considérable qui distend les bronches.

Gymnastique des membres supérieurs bonne chez les gens qui font peu d'exercice, comme les goutteux.

Il serait presque puéril de tâtonner, ou de feindre l'étonnement en face d'une déclaration si franche et de multiplier les points d'interrogations : Pourquoi malsaines ? En quoi, malsaines ? Mais il vaut mieux entrer simplement dans la pensée de l'auteur, et mettre, comme disait l'Ecole, son raisonnement en forme :

« Le vice de la situation est le trop petit nombre de places de chirurgien des hôpitaux. Créez-en 4 de plus, donnez-m'en une, et, quand je serai pourvu, vous verrez avec quelle énergie je saurai défendre les positions acquises et décourager les ambitions dès lors malsaines ; m'opposer, en un mot, à toute tentative de réforme qui pourrait avoir pour résultat d'amoindrir, en l'émiettant, le titre de chirurgien des hôpitaux. »

Voilà évidemment ce que pense M. G. Richelot ; il le dit ; il a raison.

(*A suivre.*) HERMEL.

Hydrothérapie dans la bonne saison chez les malades qui ne toussent pas.

3° *Asthme herpétique.*— C'est-à-dire chez les malades chez lesquels l'asthme alterne avec l'affection cutanée : moyens hygiéniques et thérapeutiques indiqués plus haut ; préparations arsenicales. Exutoire dans le cas où un eczéma aurait disparu. Eaux du Mont-Dore, de préférence à celles de la Bourboule qui sont préférables chez les scrofuleux.

Paul RODET.

REVUE CLINIQUE

UN CAS DE RÉTRÉCISSEMENT URÉTHRAL CHEZ LA FEMME (1).

Par M. le Dr PICARD.

Ayant eu l'occasion, il y a peu de temps, d'observer un cas de rétrécissement uréthral chez la femme, lésion que tout le monde sait très rare, je crois utile de le rapporter.

Au mois de juillet 1883, une femme de 53 ans, veuve depuis plusieurs années, se plaignit de fréquentes envies d'uriner, de douleurs à la fin de la miction et de pesanteur de ventre assez gênantes pour l'empêcher de vaquer à ses occupations de domestique.

L'utérus et le vagin sont sains ; mais, dès l'ouverture vulvaire, le pourtour de l'urèthre apparaît d'un rouge sombre et parsemé de végétations de deux à trois millimètres de hauteur. Le canal entr'ouvert, au moyen d'un dilatateur, se montre parsemé de végétations semblables, mais beaucoup plus larges et élevées.

Toutes les souffrances de cette femme étant évidemment la conséquence de ces végétations, j'excisai, au ras de la muqueuse, celles qui environnaient l'urèthre extérieurement et puis, entr'ouvant, comme tout à l'heure, cet organe avec le dilatateur, je saisis, entre les mors d'une pince à griffes, les végétations implantées sur sa surface et je les enlevai avec de longs ciseaux pointus. Pour parfaire mon opération et arrêter l'hémorrhagie, je cautérisai fortement avec le crayon de nitrate

(1) Communication faite à la Société de Médecine pratique dans la séance du 4 décembre 1884.

d'argent. Malheureusement les végétations s'arrachaient au moindre effort et mon opération n'eut rien de radical.

Les mêmes manœuvres plusieurs fois répétées n'amenèrent pas un meilleur résultat.

Ayant alors résolu d'employer le fer rouge, au commencement de février, la malade étant chloroformée, je lui cautérisai ses végétations avec un thermo-cautère porté au rouge-cerise. Les douleurs consécutives furent à peu près nulles et, dès le jour même, la malade put se lever et vaquer à ses occupations. Toutefois, les végétations ne furent pas détruites et deux autres cautérisations, au moyen du même instrument, furent faites, à un mois d'intervalle chacune, sans provoquer d'autres phénomènes que la première. Trois semaines après la dernière cautérisation, les végétations avaient disparu; il n'existait plus de douleurs, la miction était redevenue normale.

Je ne pensais plus à ma malade, quand je la vis revenir, au commencement d'octobre 1884, accusant à peu près les mêmes symptômes qu'au début et, en outre, une très grande difficulté pour uriner.

A la vue, le méat est parfaitement net, lisse, de coloration normale, mais très élargi, en forme d'entonnoir dont le bec se continuerait avec l'urèthre. Celui-ci, tout à fait étroit, entouré d'un très mince liseré blanchâtre, n'a pas un diamètre supérieur à une très petite tête d'épingle ; il n'admet qu'une bougie de 1 millimètre qui frotte, mais pénètre sans trop de difficulté. La dilatation peut, d'ailleurs, atteindre, après quelques séances, jusqu'à 7 millimètres. La malade éprouvait, malgré cela, de la peine à uriner qui n'existe plus aujourd'hui, deux mois après la constatation de la lésion.

Cette observation, comme beaucoup d'autres, prouve d'abord que les cautérisations de l'urèthre féminin, avec le nitrate d'argent solide, provoquent des douleurs vives et prolongées pouvant, dans une certaine mesure, sinon empêcher complètement, au moins entraver les occupations des femmes. Elle prouve, par contre, ce que j'ai vérifié, dans d'autres cas analogues, que les applications de thermo-cautère à l'urèthre, pratiquées pendant le sommeil anesthésique, très peu sensibles au réveil, permettent à l'opérée de se lever presque aussitôt et de vaquer à ses affaires. D'un autre côté, le thermo-cautère, chauffé au

rouge-sombre, n'a qu'une action superficielle et, à cette température, son application ne peut être cause d'un rétrécissement et, si ma malade en a été atteinte, c'est que, dans ma dernière opération, j'ai commis la faute de chauffer mon instrument à blanc pour détruire plus profondément les tissus.

D'un autre côté, ce rétrécissement, qui n'est pas, à vrai dire, sans inconvénient, puisqu'il gêne la miction, ce qui n'est pas étonnant, car il est très étroit, n'offre cependant point de danger, les bougies y pénétrant et le dilatant facilement.

Je puis ajouter que le thermo-cautère, préférable au nitrate d'argent, l'est aussi aux poudres escarotiques qui ne peuvent être appliquées profondément et provoquent cependant à peu près autant de douleurs.

NOTE SUR LE CHLORHYDRATE DE COCAINE

par le Dr Dehenne (1).

Lors de notre dernière réunion, j'ai eu l'honneur de vous exposer le résultat de mes dernières recherches sur l'action anesthésique du chlorhydrate de cocaïne. Je vous disais le parti énorme que devait en tirer la chirurgie oculaire. Mes prévisions ne se sont pas démenties, et je vous apporte aujourd'hui un résumé aussi succinct que possible des 47 observations que j'ai pu recueillir depuis le 12 novembre, et qui, ajoutées à celles dont fait mention ma dernière communication, forment un total assez respectable, pour que l'on puisse baser sur elles une conviction sérieuse et motivée.

Je rangerai mes observations par genres d'opérations, ce qui ajoutera, je le crois, à la clarté de l'exposition.

1° *Cataractes*. — Celle-ci est sans contredit la plus importante de toutes les opérations que l'on pratique sur l'œil. L'immobilité absolue est de rigueur plus que dans toute autre. Avec le chlorhydrate de cocaïne, l'extraction du cristallin devient d'une facilité extrême.

J'en ai pratiqué cinq, et chaque fois j'ai obtenu une anesthésie complète, absolue. Je ne sais pas si, dans l'avenir, je serai toutes les fois aussi heureux, mais ce que je puis affirmer, c'est

(1) Communication faite à la Société du neuvième arrondissement, séance du 11 décembre 1884.

qu'avec dix à douze gouttes de cocaïne à 5 % instillées par 4 gouttes à la fois, dans l'espace de 10 minutes, j'ai pratiqué mon opération sans que le patient en eût même conscience. J'ai pratiqué l'extraction *sans iridectomie* après avoir taillé dans la cornée un lambeau inférieur. L'opéré, ne ressentant aucune douleur, ne fait pas d'effort ; l'œil reste complètement immobile, et l'iris n'a aucune tendance à faire hernie. La kystotomie est indolore, ainsi que la sortie du cristallin qui se présente tout naturellement entre les lèvres de la plaie, à l'aide de pressions douces exercées sur la partie supérieure du globe, et sort sans même déformer la pupille. Si l'iris était légèrement attiré du côté de la plaie, il suffirait de quelques frictions très légères exercées à traver la paupière sur le globe de l'œil, pour rendre à la pupille sa forme primitive. Cinq minutes après l'opération, l'humeur aqueuse s'étant reformée, la conjonctive n'ayant pas subi de tiraillements, et les lèvres de la plaie cornéenne étant parfaitement coaptées, il serait impossible à un observateur non prévenu d'affirmer qu'on vient de pratiquer une opération quelconque sur l'œil ainsi anesthésié. L'opération devient tellement simple qu'on pourrait, à la rigueur, se passer d'aide, et ne se servir comme appareil instrumental que d'un élévateur de la paupière supérieure et d'un couteau de Graefe. Ce n'est évidemment pas là le procédé que j'ai employé. Je trouve plus prudent de fixer l'œil avec la pince à griffes, de maintenir les paupières ouvertes avec le blépharostat à ressort, et de me servir du kystitome pour ouvrir la capsule cristallinienne ; mais il n'en est pas moins vrai que l'anesthésie est si parfaite, l'œil si immobile, que l'on pourrait se passer de la fixation, et ouvrir la capsule à l'aide de la pointe du couteau, au moment où l'on traverse la chambre antérieure. Le chlorhydrate de cocaïne n'a pas d'influence fâcheuse sur les suites de l'opération. Au contraire, le traumatisme ayant été réduit au minimum possible, l'iris et la cornée ayant été bien respectées, les suites sont des plus simples, et le malade guérit avec une facilité merveilleuse. La seule précaution prise a consisté dans l'instillation de quelques gouttes d'atropine le lendemain ou le surlendemain de l'opération.

2° *Iridectomies*. J'ai eu à pratiquer dans le même laps de temps 10 iridectomies pour des raisons diverses : 2 pour glau-

comes aigus, 3 pour leucômes centraux, 4 pour synéchies postérieures totales avec atrésie pupillaire, suite d'iritis, et 1 comme moyen éclaircissant d'une kératite interstitielle. Les résultats de l'anesthésie ont été assez variables. D'une façon générale, comme je l'ai fait observer dans ma communication précédente, l'iris perd une grande partie de son exquise sensibilité. Néanmoins, au moment où on le saisit entre les mors de la pince, et où on l'excise, le patient semble éprouver une légère douleur ; et pourtant une fillette de 9 ans m'a affirmé n'avoir absolument rien ressenti. En revanche, dans trois autres cas, la préhension de l'iris fut tellement douloureuse, les malades exercèrent une telle pression sur l'écarteur, que je dus momentanément l'enlever, et afin de terminer l'opération sans encombre, j'eus l'idée d'instiller de nouveau de la cocaïne sur l'iris même herniée. Ce moyen me réussit parfaitement, et dès à présent, toutes les fois que j'aurai à pratiquer une iridectomie, je ferai l'anesthésie locale en deux temps : une première fois pour insensibiliser la conjonctive et la cornée, et une seconde fois, lorsque le lambeau cornéen aura été taillé, dans le but d'insensibiliser l'iris. Rien n'est plus aisé, dût-on porter l'anesthésique dans la chambre antérieure à l'aide d'une spatule en caoutchouc, ou par tout autre moyen que la pratique indiquera.

3° *Sclérotomies.* Cette opération a été pratiquée 6 fois. Ici le résultat a toujours été parfait. Les malades n'ont pas ressenti la moindre douleur. Comme l'on pratique généralement la sclérotomie pour des affections qui entraînent avec elles une augmentation de la pression intra-oculaire, il est fort important que le malade ne fasse aucun effort, de façon que l'opérateur puisse vider lentement la chambre antérieure, et agrandir ses orifices d'entrée et de sortie, sans courir le risque d'un enclavement iridien. Grâce à la cocaïne, la sclérotomie devient une opération banale.

6° *Strabismes.* 4 ténotomies ont été faites à l'aide du chlorhydrate de cocaïne, dont deux chez des fillettes de 6 à 7 ans. C'est à peine si elles ont manifesté une petite douleur, au moment de la fixation du muscle sur le crochet et de sa section ; néanmoins, afin d'éviter toute sensation pénible, quelque minime qu'elle soit, je me propose de faire pour le strabisme, comme

pour l'iridectomie, d'anesthésier, en deux temps, en versant quelques gouttes de cocaïne sur le muscle mis à nu, après la section de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-conjonctival.

7° *Cautérisations ignées de la cornée.* L'anesthésie a été aussi parfaite que possible. Cette cautérisation a été pratiquée 6 fois à ma clinique depuis un mois ; il s'agissait dans 4 cas de jeunes filles nerveuses, maladives, atteintes d ulcérations de la cornée, à marche lente, torpide, sans aucune tendance à la cicatrisation. Jamais elles n'ont accusé la moindre douleur. Les deux autres cas ont trait à des gens venant de la campagne, redoutant fort toute intervention chirurgicale. La cautérisation a été tout à fait indolore.

8° *Corps étrangers de la cornée.* — 15 fois j'ai dû extraire des corps étrangers de la cornée. Ici l'émerveillement des patients n'avait pas de bornes. Tous déjà avaient subi cette petite opération à plusieurs reprises, et chaque fois ils avaient beaucoup souffert. Aussi l'on peut juger de leur étonnement, lorsqu'ils voyaient que l'on tenait la promesse qu'on leur avait faite de leur extraire le corps du délit, sans qu'ils s'en aperçussent le moins du monde.

9° *Opération de Sæmish.* — I. Cette fois, comme à propos de la même opération dont j'ai fait mention le mois dernier, je ferai remarquer que l'opération de Sæmish est peut-être la plus douloureuse de toutes celles que l'on ait à pratiquer sur le globe de l'œil. Ici, comme dans le cas précédent, le malade n'a manifesté une légère douleur qu'au moment où, la transfixion de l'ulcère étant terminée, l'iris est venue buter contre la face postérieure de la cornée.

Dans le même laps de temps, j'ai eu à pratiquer deux énucléations. Ne comptant pas trop sur la cocaïne, j'ai endormi mes opérés avec le chloroforme. — Néanmoins, il y aura lieu de voir, si, en portant le chlorhydrate de cocaïne directement sur les tissus à sectionner, on ne pourra pas l'employer avec profit, même pour énucléer l'œil.

La cocaïne, en dehors de ses applications opératoires, peut e core être très utile au diagnostic des affections qui s'accomp gnent d'une photophobie intense et de spasme de l'orbicula re.

Je propose d'étudier dans un autre travail les propriétés physiologiques de la cocaïne, son action sur l'accommodation, etc., etc.

De l'ensemble de cette cinquantaine d'observations, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° A la dose de 10 à 12 gouttes, la solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 0/0 produit une anesthésie complète de la conjonctive et de la cornée, lors même que ces membranes sont enflammées. — 2° L'anesthésie se produit très rapidement, et dure au moins 10 minutes, espace de temps plus que suffisant pour l'exécution de toutes les opérations qui ont le globe de l'œil pour siège.

3° L'iris n'est qu'analgésié. — L'anesthésie de l'iris peut être obtenue en instillant 4 à 5 gouttes de cocaïne, lorsque la section de la cornée est achevée. — Le même procédé peut être employé pour l'opération du strabisme, après section de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-conjonctival.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement de la névralgie sciatique par la congélation, par Debove. — Voici l'idée théorique qui a donné lieu à cette méthode : Les révulsifs paraissent agir dans la sciatique en excitant les extrémités des nerfs malades ; mais le nombre des filets nerveux excités est toujours restreint. — On ne peut appliquer, en effet, un vésicatoire qui s'étend de la hanche de l'alcanéum, ni faire une cautérisation générale du membre. Or cette révulsion pouvait être obtenue par la congélation de la peau. Le maximum des accidents possible était la production d'une eschare et le traitement classique de la sciatique étant précisément le traitement par les cautères, il n'y avait pas grand inconvénient à redouter dans ce sens.

Le chlorure de méthyle donne par évaporation un froid de

— 23 degrés, et si l'air active l'évaporation par une injection d'air on peut arriver jusqu'à — 55 degrés.

Sur un premier malade le jet de chlorure de méthyle fut promené sur toute la surface douloureuse depuis la hanche jusqu'à la malléole externe. Une minute plus tard ce malade, qui depuis son arrivée dans le service n'avait pu mettre le pied à terre, se promenait sans boiter, se déclarant guéri. — Ce fait remonte à trois mois, et il n'y a pas eu de rechute.

De nombreuses applications de ce moyen ont été suivies du même succès : les malades ont guéri d'emblée ou ont présenté des rechutes toujours légères qui ont disparu immédiatement après une nouvelle application de chlorure de méthyle. Ces malades étaient atteints de névralgie sciatique simple, de la forme dite rhumatismale et la maladie, toujours très intense, remontait de quinze jours à trois mois.

L'appareil utilisé pour produire le froid est un siphon contenant du chlorure de méthyle. — A l'extrémité du bec du siphon est adapté un tube de plomb et un ajutage muni d'un petit orifice. C'est une modification identique à celle faite par M. Molossez lorsqu'il emploie le chlorure de méthyle à la congélation des pièces anatomiques ; elle permet de mieux diriger le jet et de ne point perdre une trop grande quantité de liquide.

L'appareil de Richardson n'a pu donner des résultats comparables à ceux-ci.

Le jet de chlorure de méthyle est dirigé sur la peau dans toute l'étendue des régions douloureuses, depuis le sacrum jusqu'à la malléole. On voit immédiatement la peau se congeler, devenir blanche et dure comme de la pierre. Le malade accuse une sensation de brûlure qui est pénible, mais n'est pas, à beaucoup près, comparable, d'après les malades eux-mêmes, à la douleur produite par la cautérisation ignée. La peau se décongèle très rapidement, quelle que soit l'étendue congelée ; il subsiste un érythème plus ou moins accusé ; le maximum des accidents a été une légère vésication, jamais d'eschare.

Dès ce moment le malade est guéri, peut marcher. On fera une nouvelle application limitée sur des douleurs persistant en un ou deux points.

Cette méthode est encore applicable dans d'autres névralgies ; elle paraît l'être aussi dans d'autres états pathologiques où la douleur est un élément capital.

(*Soc. médic. des hôpitaux.*)

R. C.

La diphthérie traitée par la résorcine. — M. Leblond a communiqué à la *Société de Médecine de Paris* une note sur l'emploi de la résorcine dans le traitement de la diphthérie et relate les observations suivantes :

I. Femme syphilitique, 17 ans, soignée à St-Lazare ; elle est prise, le 23 novembre 1882, de diphthérie des amygdales avec gonflement ganglionnaire.

Badigeonnages avec une solution du 1/15 de résorcine dans la glycérine ; potions au chlorate de potasse.

Le 24, les plaques qui recouvrent les amygdales sont amincies, mais le voile du palais est envahi. Le 26, les fausses membranes sont disparues ainsi que le gonflement ganglionnaire.

II. Enfant de 4 ans ; plaques diphthéritiques des amygdales, gonflement ganglionnaire. Badigeonnage avec la solution de résorcine, potions au chlorate de potasse. Les fausses membranes s'amincissent dès le lendemain et ont entièrement disparu le quatrième jour ; plus de ganglions.

III. Enfant atteint du croup, soumis au traitement du Dr Delthil, par les fumigations de goudron de gaz et de térébenthine. Trachéotomie, le 12 avril 1884. Le 25 avril, la plaie trachéale est recouverte de fausses membranes : badigeonnages à la résorcine. Le 26, les plaques se dessèchent et tombent le 27. Mais l'enfant succombe dans une syncope, 10 jours après la trachéotomie, alors qu'il n'existait plus de plaques diphthéritiques.

IV. La sœur de ce malade, 18 ans, est prise à son tour d'angine diphthéritique, le 1er mai. Badigeonnages de résorcine, potion au chlorate de potasse. Les 2 et 3 mai, les fausses membranes s'étendent, mais sont moins épaisses. A ce moment, M. Leblond cesse de voir la malade, mais il sait qu'elle a guéri rapidement ; elle a été traitée par le perchlorure de fer.

La résorcine est un corps cristallisé, assez semblable au sulfate de quinine, produit par l'action de la potasse sur une gomme résine. Ses propriétés antiseptiques sont analogues à celles de l'acide phénique ; à 1 p. 100 elle arrête les fermentations.

Elle n'est ni toxique, ni caustique, et peut être administrée à l'intérieur à des doses relativement élevées (de 6 jusqu'à 10 grammes).

Elle s'élimine rapidement par les urines, auxquelles elle donne une coloration foncée.

M. Leblond a employé une solution de 1 gr. de résorcine dans 15 gr. de glycérine ; il a fait répéter les badigeonnages toutes les heures, jour et nuit. Elle lui a paru avoir, outre son effet local, une action générale ; elle a déterminé la chute du pouls et la disparition rapide des ganglions. Cette action ne peut être attribuée au chlorate de potasse qui a été donné concurremment.

Plaie pénétrante du cœur.—M. Polaillon a présenté à la *Société de Médecine de Paris* les pièces anatomiques provenant d'un jeune garçon qui avait été blessé par une balle de revolver, tirée de bas en haut et l'ayant atteint à l'extrémité supérieure du sternum. Au début, il survint des phénomènes de péritonite, qui se dissipèrent rapidement ; vers le 8e jour, il fut pris de forts accès de dyspnée, l'ouverture d'entrée donna issue à du pus, puis plus tard à de la sérosité purulente, d'origine évidemment péricardiques.

On entendait en avant du cœur un bruit de moulin, derrière lequel persistaient les bruits normaux du cœur. A l'autopsie on trouva que la balle a pénétré dans les péricardes, longé la face antérieure du cœur et un stylet, introduit dans son trajet au milieu des gros vaisseaux de la base du cœur, conduit dans la vessie pulmonaire. Il n'y a pas d'orifice de sortie : la balle n'a pu être retrouvée.

A l'occasion de ce fait, M. Forget a relaté une observation intéressante de plaie pénétrante de poitrine par arme à feu.

Observation de glaucome chronique traité par le jéquirity, par M. Prouff. (*Revue clinique d'oculistique*, mars 1884.)

L'action déplétive des ophtalmies purulentes provoquées par les lotions du jéquirity a été constatée par bien des observateurs; c'est ce qui a engagé M. de Wecker à faire usage de cette médication dans certains cas de stophylomes de la cornée, stophylomes en voie de formation dans lesquels l'hypersécrétion de l'humeur aqueuse constitue un danger incessant contre lequel on est souvent impuissant, soit que l'iridectomie, tout en supprimant une portion de la surface sécrétante, soit restée insuffisante, soit que l'état inflammatoire de l'œil défende momentanément toute intervention chirurgicale. Cette médication, qui laissera intact, si toutefois on sait manier avec prudence l'ophtalmie jéquiritique, le champ opératoire, donnera-t-elle tout ce que son auteur lui demande? On ne peut le dire encore.

Se basant sur l'abaissement de la tension oculaire, M. Prouff a demandé s'il n'y avait pas quelque bénéfice à retirer de cette ophtalmie provoquée dans la maladie qui modifie si rapidement et si profondément la tension intra-oculaire en l'exagérant au point d'amener le globe de l'œil à donner au toucher la sensation d'une bille de billard. S'étant trouvé (6 mars 1884), en présence d'une femme de 58 ans atteinte de glaucome inflammatoire chronique de l'œil droit avec perte de la vision, tension considérable du globe, douleurs névralgiques circumorbitaires assez violentes pour troubler le sommeil, tandis que l'œil gauche était encore sain, M. Prouff soumet trois jours de suite la malade aux instillations d'ijérine, qui en diminuant la sécrétion de l'humeur aqueuse, rend un peu de transparence à la cornée, sans toutefois abaisser la tension ni augmenter la vision, et le 4e jour il propose une iridectomie qui est refusée. Alors il soumet la malade à une série d'instillations de macération de jéquirity à 5 %; l'inflammation conjonctivale se développe; dès le soir même, un abaissement de la tension intraoculaire est constatée à plusieurs reprises par plusieurs personnes. Les milieux de l'œil s'éclaircissent et la malade perçoit la lumière d'une lampe placée à 1 m. 50.

L'inflammation de la conjonctive cède peu à peu; lorsque la malade quitte son médecin, quatre jours après, la tension est restée la même, c'est-à-dire abaissée d'un tiers, la perception lumineuse a augmenté et les névralgies ont disparu.

M. Prouff dit qu'il livre sans commentaires cette observation à la publicité. Elle n'en a pas besoin en effet. Elle démontre une fois de plus que l'inflammation substitutive joue souvent un grand rôle dans la thérapeutique oculaire, que les sécrétions ultra-oculaires peuvent être modifiées aux dépens des sécrétions intra-oculaires ; mais il ne permet pas de classer l'ophtalmie jéquiritique au rang de la thérapeutique du glaucome qui relève toujours, malgré les cas malheureux où elle reste insuffisante, de l'immortelle découverte de ce groupe, de l'iridectomie.

Dr A. G. DE GRANDMONT.

Endocardite ulcéreuse. — M. GRANCHER a communiqué à la *Société de Thérapeutique* un cas d'*endocardite ulcéreuse* qui lui semble nettement démontrer la nature zymotique de cette affection. Il s'agit d'un homme atteint depuis longtemps d'une affection cardiaque, au cours de laquelle se développèrent les symptômes de l'endocardite ulcéreuse sans complications, de l'endocardite ulcéreuse primitive. Le malade entra à l'hôpital en état d'asystolie ; son facies pâle, altéré, dénotait une maladie grave, infectieuse. M. Grancher porta le diagnostic d'endocardite ulcéreuse, et entreprit de vérifier les assertions relatives à la nature zymotique de cette affection. On sait, en effet, que la présence de granulations, se comportant comme des organismes inférieurs à l'égard des réactifs chimiques et des substances colorantes, a été depuis longtemps démontrée par un grand nombre d'observateurs, et des essais de culture ont été entrepris plus récemment par Netter, mais sans résultats définitifs. M. Grancher recueilli chaque jour, avec les précautions nécessaires, une gouttelette du sang de son malade et l'ensemença dans des ballons renfermant du bouillon Pasteur. La culture réussit à merveille, et dans tous les flacons on vit, au bout de vingt-quatre heures, se déposer au fond du vase de petits grains, analogues à de la semoule, et constitués par l'agglomération d'un micrococcus très petit, toujours identique. Dans le sang, l'examen histologique permit de reconnaître la présence du même organisme, et le malade ayant succombé, le sang recueilli directement dans les cavités cardiaques, donna, par la culture, le même déve-

loppement de zooglœa décomposables en micrococcus. Les valvules aortiques présentaient les lésions classiques de l'endocardite végétante, et le microscope permettait de voir à la surface des végétations le même organisme formant une sorte de revêtement superficiel. — M. Grancher se proposait de cultiver ce micrococcus en séries, et de pratiquer des inoculations pour vérifier si c'était là l'agent spécifique incontestable ; malheureusement, lorsqu'il reprit, au bout d'un temps assez long, les ballons ensemencés, pour y puiser le liquide propre à de nouvelles cultures, le micro-organisme était mort, et les nouveaux ballons ne fournirent aucun développement de zooglœa. Par suite, les inoculations ne purent être pratiquées, et la nature spécifique du micrococcus reste encore à démontrer ; c'est là une lacune que M. Grancher ne peut que déplorer, mais aucun cas nouveau ne s'est, depuis lors, offert à son observation. Quoi qu'il en soit, la présence du micro-organisme vivant, nettement constatée dans le sang du malade, établit sa nature aérobie, ce qui est un fait relativement exceptionnel.

BIBLIOGRAPHIE

De la phthisie bacillaire des poumons.—Tel est le titre du remarquable travail que M. le Professeur G. Sée vient de publier (1).

A cette heure où les belles découvertes de Pasteur en France passionnent les esprits, où Robert Koch en Allemagne, armé de moyens d'investigation perfectionnés, dénonce au monde savant la présence dans les crachats des phthisiques du bacille, l'unique et véritable agent producteur de la tuberculose, l'ouvrage de M. le Professeur Sée ne pouvait manquer d'être accueilli et lu avec le plus vif intérêt.

L'actualité seule du sujet eût suffi à garantir à l'œuvre le plus légitime succès, s'il n'eût été assuré d'avance par la grande autorité de l'auteur. Le parasitisme morbigène, tel est,

(1) *De la phthisie bacillaire des poumons*, vol. in-8° de 627 pages, avec planches chromolithographiques. Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs. Paris 1884.

en effet, la palpitante question à l'ordre du jour, l'objectif scientifique du moment. Deux ans se sont à peine écoulés depuis la brillante découverte du physiologiste allemand, et déjà, elle s'est répandue comme une traînée de poudre dans le monde entier. On n'a, pour s'en convaincre, qu'à jeter un regard sur les nombreuses recherches faites en France, en Allemagne, en Autriche, en Italie, en Russie, en Angleterre et en Amérique. Poursuivies avec un ensemble et une émulation merveilleux, elles sont venues toutes sans exception donner pleinement raison aux assertions de Koch. Avec ses notions phthisiographiques étendues, et son grand sens clinique, M. G. Sée ne pouvait rester étranger à un mouvement physiologique de cette importance. Noblesse oblige. L'ampleur magistrale, la netteté des aperçus et la hardiesse des innovations avec lesquelles le grand clinicien vient de traiter cette question aussi neuve que délicate en témoigne,

Le parasitisme morbigène, considéré dans son ensemble doctrinal, n'est pas, comme pourraient le croire certains esprits timorés une atteinte à la tradition. Elle en est au contraire comme nous le verrons, la consécration scientifique. Elle marque un véritable progrès en médecine et non une révolution, en appuyant sur des faits, sur des preuves, on peut dire vivantes, la spécificité des maladies infectieuses et virulentes qui jus qu'à ce jour n'a guère reposé que sur un mot, un contage aussi insaisissable qu'invisible. Loin d'ébranler la doctrine traditionnelle de la force vitale médicatrice et celle plus moderne du vitalisme, le parasitisme morbifère vient en consolider les bases vacillantes en leur donnant une forme nouvelle. L'histoire biologique des microphytes inaugure dans la science la doctrine du *vitalisme expérimental*, selon l'heureuse expression de l'auteur.

Des œuvres de cette taille ne se prêtent guère à l'analyse détachée. Elle ne pourrait qu'en amoindrir la haute portée. Pour en donner une idée exacte et complète, il faudrait les citer en entier. On les lit et on les médite. Les faits y abondent. Pas une assertion qui n'ait sa preuve expérimentale à l'appui. Les théories creuses, vagues et nébuleuses dont le champ de la phthisie a été si souvent émaillé, en sont soigneusement écartées. Le *Facta potentura verbis* a présidé à

la conception de cette belle étude phthisiographique. C'est donc moins une analyse que nous donnons ici de l'ouvrage de l'éminent clinicien qu'un résumé sommaire indiquant le plan général du livre et les points les plus saillants.

La phthisie bacillaire des poumons est divisée en sept parties principales. Les trois premières parties du livre sont consacrées à l'étude biologique des micro-organismes en général, et des bacilles en particulier. Une description anatomique des lésions bacillaires forme le sujet de la troisième. La quatrième partie, une des plus largement traitées, comprend, sous le nom générique de *causalités*, la démonstration expérimentale de la cause vraie, unique, directe et efficace du processus tuberculeux, en un mot, du bacille. L'examen détaillé des causalités cliniques, vitales, pathologiques et physiologiques apporte à la doctrine chologique de la tuberculose bacillaire un appoint de preuves aussi multipliées qu'irréfutables. La cinquième partie est réservée à l'étude clinique de la phthisie ; la sixième à sa prophylaxie et la dernière à son traitement. Tel est le plan d'études de cette œuvre considérable. M. G. Sée entre en matière par une étude préalable du règne parasitaire pris dans son ensemble, et sans lequel la nature du microbe *tuberculigène* ne saurait être comprise. Dans un tableau saisissant, il nous initie à la connaissance de ce monde invisible de micro-organismes répandus à l'infini dans l'atmosphère, et qui, bien que d'une contexture rudimentaire et zoologiquement inclassifiable, n'en jouent pas moins un rôle immense et des plus actifs dans la nature dont ils sont les auxiliaires, et dans l'existence de l'homme dont ils sont les ennemis nés. Doués d'une vitalité et d'une faculté de reproduction prodigieuses, ils opèrent la destruction des substances organiques inanimées, s'attaquant aux êtres les plus infimes comme à l'homme lui-même, dont ils perpètrent la dégénérescence et la mort, en les dépouillant de leurs éléments nutritifs. Il ne faudrait pas croire que ce chapitre n'ait d'intérêt que pour le naturaliste. Il constitue pour la médecine préventive et la thérapeutique bacillaire une source précieuse d'applications médicales par les révélations qui en découlent sur les conditions d'existence de microphytes et sur celles qui leur sont favorables ou contrai

res. Heureusement que les microbes morbigènes sont infiniment moins nombreux et que leur mode d'organisation se prête mal à leur multiplication. Sans cela, l'humanité et l'univers appartiendraient depuis longtemps aux microbes et auraient été dévorés par les infiniment petits. Ces considérations générales sur le règne parasitaire sont suivies d'une étude minutieuse du bacille tuberculeux et de la technique qui a guidé Koch et ses disciples Ehrlich, Fraentzel et Balmer dans leurs recherches expérimentales. La troisième partie appartient à l'anatomie pure ; c'est une étude détaillée, définie d'histologie du processus tuberculeux aux différentes phases de son évolution.

M. G. Sée démontre, pièces en main, que la nature réellement tuberculeuse du néoplasme ne saurait être affirmée sans la présence du bacille dans les cellules géantes, et que l'identité que l'histologie constate entre le vrai tubercule parasitaire et le faux tubercule produit d'une irritation vulgaire et banale n'existe qu'en apparence. On se rappelle que ce point de pathologie expérimentale servit de texte aux objections qui accueillirent, il y a 20 ans, les premières expériences de Villemin, signalant pour la première fois la transmissibilité de la tuberculose et son caractère virulent.

Le chapitre qui suit, réservé aux causalités, présente dans la démonstration expérimentale de la tuberculose bacillaire une importance considérable. Les preuves fournies par l'auteur à l'appui de la donnée étiologique sont aussi multipliées qu'irréfutables. Les résultats de l'expérimentation physiologique le conduisent à cette triple conclusion. La tuberculose bacillaire présente trois modes de transmission : 1° l'inoculation; 2° les voies respiratoires ; 3° les voies digestives.

La méthode bacillaire ne se borne pas à démontrer purement et simplement la nature parasitaire de la tuberculose. Son rôle va plus loin : dans les phthisies latentes et larvées, où la séméiologie, aidée de l'examen pleno-stéthoscopique laissent l'homme de l'art incertain, l'examen micro-chimique des matières expectorées permettra au médecin d'établir d'une manière aussi immédiate que précise son diagnostic et de sauver ainsi le malade.

Nous ne saurions trop recommander aux praticiens cette par-

tie du livre de M. G. Sée. Ils la liront avec intérêt et profit. C'est l'histoire complète de la phthisie condensée dans quelques pages qui, à elles seules, nous en apprennent plus que de gros volumes. Parmi les minutieuses distinctions qu'il signale entre les différentes formes de la phthisie par la description en quelques sorte mathématique qu'il nous donne de leurs symptômes respectifs, et les heureux perfectionnements qu'il apporte à l'œuvre immortelle de Laennec, l'auteur s'y révèle aussi savant pathologiste que profond clinicien.

La contagion tuberculeuse, ainsi que la physiologie expérimentale vient de le démontrer, n'ayant que deux voies pour s'exercer: les voies respiratoires et digestives, M. G. Sée donne dans le chapitre consacré à l'hygiène des indications préservatrives conformes à la donnée expérimentale.

Nous arrivons à la dernière partie de l'ouvrage : au traitement de la phthisie. En démêlant le bacille, cause unique et indéniable de la phthisie au sens de la matière tuberculeuse, et en l'isolant, la méthode micro-chimique ouvre à la thérapeutique de la tuberculose une voie nouvelle et féconde en applications pratiques. L'atmosphère étant le milieu naturel des microphytes, la logique assignait la première place aux climats dans la hiérarchie thérapeutique. Or l'observation ayant démontré que les microbes disparaissaient à 1,800 mètres d'altitude, et que leur présence dans l'air marin était combattue par l'action antiseptique des substances bromoiodurées dont l'atmosphère des côtes se trouvait plus ou moins saturée, l'indication thérapeutique se trouvait naturellement acquise aux climats des hauteurs (sanatoria de l'Engadine) et aux stations maritimes.— Spécifiant les agents anti-parasitaires empruntés à la matière médicale, M. G. Sée nous indique plus loin la série des médicaments nécrophytiques classés selon leur nature et leur mode d'action. L'iode et ses préparations diverses occupent une large place: l'arsenic, les graisses en général, l'oxygène et l'ozone, la créosote, la térébenthine, les Eaux sulfureuses, les préparations phosphatées, calcaires, le phosphore, le chlorure de sodium, les alcalins complètent la liste. Les révulsifs ne sont pas oubliés.

Telle est l'œuvre capitale dont M. le professeur G. Sée vient

de doter la médecine et dont ce compte rendu, esquissé à grands traits, ne peut donner qu'une faible idée.

Ecrit avec la précision et la sévérité de style que comporte la science, cet ouvrage, par la hardiesse de ses doctrines et la nouveauté des horizons qu'il découvre à la thérapeutique, ne peut manquer de soulever de nombreuses objections. N'est-ce pas le sort réservé à toute idée nouvelle? Le progrès ne marche pas sans heurter plus ou moins le passé. La génération qui nous précède se souvient encore de la violente opposition qui accueillit l'immortelle découverte de Laennec, et vingt ans plus tard celle de Villemin. Il en sera sans doute de même pour la découverte de Koch et les savantes recherches de ses partisans. Le parisitisme bacillaire formera dans l'histoire de la phthisie le complément pathogénique du grand mouvement scientifique dont la tuberculose a été l'objet et dont l'auscultation et l'inoculation marquèrent les deux premières étapes. Grâce à la nouvelle doctrine phthisiographique, on ne pourra plus dire avec un de nos maîtres que si la tuberculose est de toutes les maladies la plus connue, elle est la moins facile à guérir.

D[r] Cazenave de la Roche,
Médecin à Menton.

FORMULAIRE

Un mot sur la belladone.

Aujourd'hui, on n'a pas que le poignard pour commettre un crime, on a recours aux substances toxiques, espérant égarer la justice; malheureusement la médecine légale a eu à constater plusieurs fois l'emploi de la belladone que certains marchands vendent au public, sans y être autorisés ; et puis, il y a eu des erreurs fâcheuses : cette plante étant desséchée se brise facilement, elle peut être délivrée pour de la chicorée sauvage, ce qui est arrivé cette année.

Monsieur le professeur Masse ayant été appelé près d'un malade qui avait été victime d'une semblable erreur, a sauvé son malade en lui faisant suivre le traitement suivant. Comme sa médication pourrait rendre service, nous la reproduisons.

Dans un demi-litre d'eau fut mise une poignée de feuilles de belladone ; après une ébullition de six minutes, on en donna à boire environ un bol ; la personne trouva cette tisane fort désagréable ; elle n'a-

vait pas du tout la saveur de la chicorée sauvage.

Les accidents toxiques ne se déclarèrent que trois heures après avoir bu cette décoction : paralysie de la langue, face pâle, faiblesse dans les jambes, le corps absolument froid, pupilles dilatées au maximum et n'y voyant que fort peu. L'infusion contenait sept grammes de belladone, mais comme le malade n'avait pris que la moitié de l'infusion, ce sont les principes toxiques de trois grammes cinquante centigrammes qui avaient été absorbés.

Le malade, heureusement, avait été purgé la veille. M. Masse fit prendre dix centigrammes d'émétique avec un gramme de poudre d'ipécacuanha divisés en quatre paquets.

Pour rappeler la chaleur et éviter les effets d'un trop grand afflux de sang vers les viscères profonds, le docteur fit placer 15 sinapismes sur les membres inférieurs et des cruches d'eau chaude aux pieds du malade; une tasse de café fut administrée après l'effet du vomitif.

Le malade fut pris le soir d'hallucinations; la voix était forte, la parole très nette et seulement un peu brève. Le malade refusant de prendre du café, le docteur eut recours aux injections hypodermiques de l'hydrochlorate de morphine; il fit deux injections contenant chacune *deux* centigr., soit en tout *quatre* centigr. de *morphine*; le calme survint, puis le sommeil. Les hallucinations et le délire ayant reparu assez violents, le docteur attendit; le calme se fit, la vue commença à revenir.

Pour calmer les effets excitants de la belladone, il prescrivit cinq pilules d'extrait d'opium contenant chacune deux centigrammes d'extrait, à prendre de 4 heures en 4 heures.

Le malade semblait revenu à la santé, les urines qui avaient été supprimées revinrent aussi abondantes qu'à l'ordinaire ; il buvait du café avec de l'eau, il avait fait usage de potage et d'œufs ; une cuillerée à café de magnésie calcinée fut plus tard administrée.

Après quinze heures de mieux, le malade fut repris d'hallucinations; elles ne durèrent pas; trois jours de souffrances furent la conséquence de cette erreur.

Stanislas Martin.



VARIÉTÉS

Hopital des Enfants-Malades. — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital, reprendra ses leçons cliniques le jeudi 18 décembre, à neuf heures.

Il traitera spécialement cette année *les affections oculaires chez les enfants.*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Aux élections du bureau pour l'année 1885, ont été nommés : M. de Beauvais, président ; M. Gillebert d'Hercourt père, vice-président ; M. Thevenot, secrétaire général ; M. Perrin, trésorier ; M. Reugon, archiviste ; MM. Christian et Deligny, secrétaires annuels ; MM. Polaillon et Richelot fils, membres du conseil d'administration ; MM. Marchal, Thevenot, Dubuc et Apostoli, membres du comité de rédaction.

— *La Société de médecine légale* vient de procéder au renouvellement de son bureau qui, pour l'année 1885, est composé comme il suit : Président, MM. Blanche; vice-présidents, Horteloup, Polaillon ; secrétaire-général, Gallard; secrétaires des séances, Le Blond, Socquet; archiviste, Ladreit de la Charrière; trésorier, Mayet, pharmacien.

Membres de la commission permanente chargée de répondre dans l'intervalle des séances aux demandes d'avis motivés, adressées à la Société : MM. Blanche, Gallard, Boudet, Brouardel, Chaudé, Foville, Grassi, Laugier, Lutaud, Polaillon, Vibert.

Membres du Conseil de famille : Blanche, Horteloup, Polaillon, Brouardel, Benoist, Hémey, Lefort, Lunier.

Membres du comité de publication : MM. Gallard, Barthélemy, Le Blond, Legrand du Saulle, Rocher, Socquet.

La Société tient ses séances le 2e lundi de chaque mois, à 4 heures très précises, au palais de justice, dans la salle des référés. Les séances sont publiques.

Erratum. Dans le numéro précédent, p. 929, ligne 21, au lieu de cet organe qui détermine la phlegmasie, lisez cet organe *que* détermine la phlegmasie.

— La communication : *Plaies par armes à feu*, faite à la Société de Médecine pratique, p. 945, est due à M. Danet.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 décembre 1884. — Présidence de M. A. GUÉRIN.

M. MESNET lit un rapport sur le prix Civrieux ; — M. FÉRÉOL lit un rapport sur le prix Saint-Paul ; — M. GARIEL lit un rapport sur le prix Buignet.

— M. TRÉLAT fait une communication sur les opérations anaplastiques qui se pratiquent sur le voile du palais et la voûte palatine.

M. Trélat n'ayant pas terminé sa communication ; nous en donnerons le résumé dans notre prochain numéro.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 décembre 1884. — Présidence de M. MARC SÉE.

Ostéomyélite chronique. — M. TRÉLAT observe que l'histoire pathologique du malade de M. Verneuil rentre dans le cadre ordinaire de l'ostéomyélite prolongée, qui a toujours une longue évolution ; il a lui-même signalé deux cas dans lesquels des accidents nouveaux étaient suruenus trente-neuf ans dans un cas, quarante-quatre dans l'autre, après le début des premiers phénomènes.

M. BERGER présente le tibia d'un vieillard de 72 ans, encore le siège d'une ostéomyélite chronique dont la première atteinte remontait à l'âge de 7 ans. Le retour de nouveaux accidents pourrait être influencé par des affections générales scorbut, pyrexies diverses, fièvres paludéennes peut-être, enfin et surtout par le traumatisme. Tenant compte de ce que les poussées offensives s'accompagnent presque toujours de séquestres, M. Berger ne serait pas éloigné de demander pour cette forme d'ostéomyélite le nom d'ostéite épiphysaire à forme nécrosique.

M. TERRIER rappelle qne la pathogénie de l'ostéomyélite a été éclaircie dans ces derniers temps : c'est une maladie infectieuse à bacille spécial.

Pour M. TRÉLAT, l'ablation de séquestres ne met pas fin à l'affection : néanmoins, il ne faudrait pas dire qu'elle a une évolution fatale : il est préférable pour les malades que le chirurgien ait la conviction qu'il s'agit d'une affection accessible à nos moyens et qu'une thérapeutique énergique a une grande prise sur elle.

M. VERNEUIL s'appuie sur son cas et sur d'autres pour dire que l'ostéomyélite laisse au point où elle a sévi un lieu de moindre résistance, où le retour *ad integrum* n'existe jamais complètement : surviennent une contusion, un état général quelconque et le point faible pourra devenir le siège de nouveaux accidents.

M. TERRIER revient sur l'origine bacillaire de l'ostéomyélite, affection donnant lieu rapidement dans sa forme grave à une septicémie spéciale liée à un bacille particulier.

Rapport. — M. BERGER fait un rapport sur deux observations de M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer) ; l'une a trait à une ectrodactylie, l'autre à un bec-de-lièvre compliqué.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ÉLYSÉE.

Séance du 3 novembre 1884. — Présidence de M. NICAISE.

La séance est ouverte à 8 h. 30.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. SIRY communique une observation d'hystérie convulsive chez un enfant.

Une enfant de 10 ans, bien portante le matin, a deux vomis-

sements dans l'après-midi, elle est mise au lit et à cinq heures du soir, on la laisse seule dans sa chambre. Trois heures plus tard cette petite fille est trouvée sans connaissance, avec la fàce d'une pâleur mortelle, les globes oculaires fixes, les pupilles dilatées sans que l'approche d'une lumière influence cette midriase, les mâchoires serrées, la déglutition impossible, un râle guttural. Tout le corps raidi dans le décubitus horizontal forme un peu l'arc de cercle à concavité postérieure.

La contracture n'est pas égale dans toutes les régions du corps ; faible au membre thoracique du côté droit, elle est portée à un très haut degré aux membres abdominaux : si l'on soulève une cuisse, le membre entier suit le mouvement comme s'il était d'une seule pièce.

Les membres inférieurs sont le siège d'une tuméfaction ferme sur laquelle la pression du doigt ne laisse pas d'empreinte et qui s'étend depuis les malléoles jusqu'à la racine des membres. Partout où cette tuméfaction existe, les téguments présentent une coloration rouge clair diffuse dans certaines places, rouge foncé en taches larges comme des lentilles dans d'autres. Aux cuisses l'épiderme se desquame. La tête, le torse, les membres supérieurs et les pieds ne sont ni tuméfiés ni rouges. La température des extrémtiés est froide, le nombre des respirations normal, mais avec une très faible amplitude. Le pouls petit, régulier, bat 120 pulsations.

Quelle était cette affection au début si brutal et à l'appareil si alarmant ? Une scarlatine compliquée d'urémie ? Mais la simultanéité de la rougeur, de la desquamation et de l'œdème, la localisation de ces trois phénomènes sur une partie du sujet ayant pour limites les aines d'une part, les malléoles de l'autre, permettaient peu d'admettre ce diagnostic. Une affection cérébrale ? Mais le matin même la malade était bien portante et il n'y avait pas l'ombre de fièvre. Le mal comitial ? Mais une attaque d'épilepsie s'accompagne d'écume sanguinolente aux lèvres, d'évacuations involontaires, ne dure que quelques minutes et est suivie d'un sommeil avec stertor et non d'un état cataleptique.

Il ne restait par exclusion que l'attaque d'hystérie. La marche des symptômes et les antécédents que l'affolement bien compréhensible des parents n'avait pas permis tout d'abord de recueillir donnèrent à ce diagnostic une certitude complète.

Pendant les deux premières heures, la petite malade resta dans cette même situation alarmante, puis les joues perdirent

un peu de leur pâleur, la peau devint moins froide, sous l'influence des nombreux cruchons d'eau chaude disposés autour de l'enfant. Le corps s'échauffa davantage et se couvrit d'une sueur abondante. Les globes oculaires reprirent leur mobilité. A 3 heures du matin, la connaissance venait en même temps que la contracture disparaissait progressivement. La crise avait duré huit à neuf heures.

Je vois la fillette trois heures plus tard, son facies est celui de la santé, elle répond avec une grande netteté aux questions que je lui adresse, n'a conservé aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant son attaque, ne se plaint que d'un peu de céphalalgie et des nombreuses brûlures produites sur son corps par une application désordonnée des bouteilles d'eau chaude. Le pouls est à 114, le thermomètre marque 38° sous l'aisselle, les urines ne renferment pas d'albumine. Quelques jours plus tard il n'y avait plus ni fièvre ni tuméfaction ni rougeur et l'enfant n'était retenue au lit que par ses brûlures. Je l'ai vue trois mois après ; elle se portait à merveille et il ne lui était, dans l'intervalle, survenu aucun accident.

J'arrive à l'étiologie : père très impressionnable, mère hystérique, enfant livrée depuis l'âge de sept ans à une masturbation effrénée, insensible aux récompenses comme aux punitions, résistant avec une énergie indomptable et froide, dissimulée, dépourvue de sentiments affectueux. Ses mauvaises habitudes passèrent longtemps inaperçues ; cependant on finit par observer que douée d'une intelligence assez vive, l'enfant, dans certains moments, qui se montraient de plus en plus fréquents, devenait inattentive, perdait de sa mémoire, avait une nonchalance singulière et changeait de couleur.

Après de longues tergiversations, on finit par obtenir des aveux mais non la cessation des manœuvres. La petite fille faussa la première ceinture qui lui fut appliquée. Il fallut en mettre une autre plus forte et attacher les mains pendant la nuit; ces moyens de coercition ne suffirent pas. La masturbation s'effectuait encore malgré la ceinture, par le rapprochement des cuisses. Les deux membres inférieurs durent être maintenus écartés à l'aide d'un nouvel appareil et l'enfant fut condamnée à passer toutes ses nuits immobile dans le décubitus dorsal. Ce supplice ne la corrigea pas et on la surprit se masturbant debout, en présence de sa mère, par un imperceptible mouvement du bassin, les cuisses fortement rapprochées. La mère eut alors recours aux châtiments corporels et fusti-

gea vigoureusement la jeune vicieuse sur ses membres inférieurs avec une serviette mouillée, la veille même du jour où éclata la crise. Telle était la cause du gonflement, de la rougeur et de la desquamation qui nous avaient tant intrigués, la cause aussi de cette grande attaque d'hystéro-épilepsie, phénomène morbide plus rare chez les enfants que chez les adultes et d'un diagnostic souvent très difficile à cet âge.

M. Canuet demande quel était l'état de la sensibilité.

M. Siry. — Je n'ai noté dans l'observation que l'insensibilité absolue de l'œil à la lumière, mais l'anesthésie était générale ; cet état morbide constituait une variété d'hystéro-épilepsie ; l'élévation de température qui existait le lendemain et qui avait fait supposer à un confrère qu'il s'agissait d'une scarlatine avec complication céphalique était, pour moi, due aux brûlures produites par l'application désordonnée des bouteilles d'eau chaude le long du corps de la petite malade, brûlures qui ont été près d'un mois à guérir et qui montrent bien à quel degré l'insensibilité était absolue pendant l'accès.

M. Caulet. — M. Siry a-t-il examiné les parties génitales et trouvé une cause à la masturbation.

M. Siry. — Il existait une légère tuméfaction des parties génitales avec un très faible écoulement leucorrhéique, résultats et non causes de la masturbation qui avait lieu depuis plusieurs années et était antérieure à ces altérations locales.

M. Canuet. — Il pouvait y avoir des angures dans le rectum. Quant à la nature de la maladie, on peut, en effet, croire que c'était de l'épilepsie.

M. Siry. — M. Martineau, que l'on avait consulté à cause de ses travaux sur la masturbation et sur le saphisme, n'avait attribué les mauvaises habitudes de l'enfant à aucune cause locale et avait conseillé l'usage du bromure de potassium, traitement auquel était soumise la jeune fille au moment de son accès. Quant à la nature de la maladie, j'ai entendu l'hystéro-épilepsie dans le sens où l'emploie M. Charcot, celui de grande hystérie, mal qui n'a de l'épilepsie que le nom et qui en est complètement distinct ; je n'ai pas cherché les zones hystérogènes, qui sont un des meilleurs signes diagnostiques entre l'hystéro-épilepsie et l'épilepsie, l'état de la malade ne me l'ayant pas permis.

M. Canuet. — En raison des symptômes, je pencherais à admettre le diagnostic d'hystéro-épilepsie.

La séance est levée à 9 h. 30.

Le secrétaire annuel, Dr Chipier.

M. Bailay prononce le discours suivant :

Messieurs,

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en me nommant votre président ; je m'efforcerai d'être digne de cet honneur, au moins par mon assiduité. Ma nouvelle fonction me sera aisée à remplir, grâce à votre bienveillance et à la courtoisie que vous portez toujours dans vos discussions.

La Société de médecine de Rouen, fondée en 1822, a la prudence et la politesse qui conviennent à son âge, ce qui ne retire rien à son ardeur : jamais nos séances n'ont été plus suivies, jamais la liste de nos travaux n'a été plus longue.

Il n'est plus un seul médecin nouvellement installé à Rouen qui ne demande à prendre place au milieu de nous. Le nombre de nos membres correspondants s'est notablement accru.

Enfin, la publicité plus grande donnée, cette année, à nos lectures, par un traité avantageux, doit nous être encore un encouragement au travail.

C'est donc sous les meilleurs auspices que nous nous réunissons aujourd'hui.

Je ne veux pas prendre place au fauteuil, sans rendre un juste hommage à celui qui m'a précédé, le Dr Jude Hue. Il a été un président actif et dévoué, respectueux des opinions de tous. Je tâcherai de l'imiter.

M. le Dr Hélot donne lecture d'un travail intitulé : *Examen extemporané du lait de femme, procédé du compte-gouttes.*

DISCUSSION.

M. Gendron trouve le procédé inventé par M. Hélot extrêmement pratique. Sa simplicité est comparable à celle du petit moyen conseillé par Tarnier, et il lui est évidemment supérieur comme exactitude. Reste cependant à déterminer sa valeur sinon clinique au moins scientifique. C'est ce qui ne pourra être fait qu'en comparant ses résultats avec ceux de l'analyse chimique, en répétant les deux examens sur les mêmes laits.

M. le Dr Gendron donne lecture d'un travail intitulé : *De l'évolution spontanée de la scarlatine avec les autres fièvres éruptives* (sera publié).

Le Gérant : Dr A. Lutaud.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

VACANCES MÉDICALES

L'Administration du Journal offre à ses abonnés d'insérer gratuitement toute demande relative aux postes médicaux, cessions de clientèle, etc. Elle se met à leur disposition pour leur fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires.

129. — Un confrère républicain offre à un docteur également libéral une clientèle gratuite d'un rapport de 7000 fr. (plus le fixe de 1100 fr.) qui augmentera très rapidement. S'adresser à MM. Mousnier et Dampierre, pharmaciens à Sceaux (Seine).

128.— Sarthe.— A céder, un poste médical dans un chef-lieu de canton. Résidence agréable. 2 médecins, pas de pharmacien. Rapport de 4,000 fr., qui peut donner plus. — S'adresser à M. Masson, 6, rue Git-le-Cœur. —

127.— Bon poste médical à prendre à Saint-Martin-de-Bossenay, centre de 10 villages, n'ayant ni médecin ni pharmacien, à moins de 10 kilomètres, à 4 heures de Paris, bureau de poste, belles routes en tous sens, charmante habitation à louer avec belles eaux de source. — Ecrire à M. Boudard, propriétaire à Saint-Martin-de-Bossenay (Aube).

126. — Haute-Marne. — A prendre de suite un poste de campagne. très ancien, clientèle facile. Produit 5 à 6,000 fr. On louerait ou on vendrait la maison, qui depuis très longtemps a été occupée par les médecins du pays. — S'adresser à M Guilourt, à Blaise.

125. — Haute-Marne.— Un chef-lieu de canton autour duquel se trouvent groupées plusieurs communes, le tout formant une population de 1.500 habitants, demande un médecin. — S'adresser pour renseignements à la Mairie de Juzennecourt.

124. — Seine-et-Marne.— Bon poste à prendre à Touquin, commune de 800 habitants ; plusieurs villages aux environs sans médecins. Ces communes réunies font un fixe de 800 fr., chemin de l'Est, 2 correspondances par jour. — S'adresser à M. Simon, maire ou à M. Foizet, conseiller municipal.

123.— Clientèle médicale d'un rapport de 8,000 francs à prendre gratuitement, conditions, acquérir ou prendre à bail la maison du cédant.— S'adresser à M. Martin de Magny, à l'Isle-Jourdan.

122. — Poste médical vacant à prendre de suite, dans un centre traversé par 3 lignes ferrées, à 3 heures de Paris, occasion rare et excellente et pour un jeune docteur disposant de peu de fortune. — S'adresser en toute confiance à M. E. Collet, 45, avenue de l'Observatoire. En cas d'absence, prière de laisser sa carte chez le concierge.

120. — A céder de suite, après décès, clientèle de médecin, dans un quartier riche de Paris, avec mobilier, livres, instruments, etc., avec ou sans bail. — S'adresser à M. Albert Morin, 13, rue du Cherche-Midi, de 11 h. à midi ou par correspondance.

119. — Poste médical à prendre dans l'Indre. Population de 5 à 6.000 habitants dans un rayon de 5 kilom. Produit de 7 à 8.000 fr. Il n'y a pas de pharmacien dans la contrée. S'adresser au bureau du journal.

118.— A ceder *de suite*, dans la Marne, et moyennant une demi-annuité seulement, excellent poste médical, d'un *produit net* de 10.000 fr. — S'adresser au bureau du journal.

117. — *A céder*, dans de bonnes conditions, une *clinique ophthalmologique* fondée depuis 12 ans, située dans un bon quartier de Paris et extrêmement fréquentée. — S'adresser au bureau du journal.

116. — Pour cause de santé, clientèle médicale à céder gratuitement dans un quartier agréable de Paris. — S'adresser à M. le Dr Simard, 3, rue Geoffroy-Marie.

115. — A prendre de suite, sans rétribution, dans Charente-Inférieure, une clientèle médicale vacante par suite de décès. — S'adresser au bureau du journal.

114.— Clientèle médicale à céder, à 16 kilom. de Paris. Produit 9.000 fr. Conditions avantageuses. — S'adresser au bureau du journal.

113. — *Poste médical*, à prendre gratuitement dans un chef-lieu de canton riche du Puy-de-Dôme, 16 communes à desservir. Produit assuré, la première année 10.0000 fr. — S'adreser à M. le Dr Hermet, 30 boulevard Malesherbes.

112. — Bon poste médical à prendre dans Seine-et-Marne. Nombreux villages à desservir, pas de concurrence, rayon de 8,000 hab. Le médecin aurait le service des indigents et de plusieurs communes pour lequel il est alloué un prix fixe. — S'adresser au bureau du journal.

111. — Situation à prendre à Montcontour (Côte-d'Or). Le titulaire ferait selon toutes probabilités le même chiffre que son prédécesseur (10,000 fr.). — S'adresser à M. Guignard, 21, rue Charlemagne, Paris.

COMITÉ DE RÉDACTION

Le *Journal de Médecine de Paris* est publié par les Directeurs : MM. **Gallard, Bergeron, Le Blond** et **Lutaud,** avec la collaboration d'un COMITÉ DE RÉDACTION :

Afin de pouvoir donner plus d'attention aux nombreuses communications qui arrivent chaque semaine à la Rédaction, les collaborateurs ont spécialisé leur tâche dans l'ordre suivant. Nos lecteurs peuvent donc, lorsqu'ils ont des observations ou des communications à nous adresser, les faire parvenir directement à chaque collaborateur intéressé.

Toutes les communications destinées à être insérées dans le numéro du samedi doivent arriver à la Rédaction le jeudi matin au plus tard.

LE COMITÉ DE RÉDACTION EST AINSI COMPOSÉ :

4e Année. — T. VII. N° 26 27 Décembre 1884.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Revue générale de la presse médicale française et étrangère.

BULLETIN

LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS DANS LES FACULTÉS FRANÇAISES.

Dans les dernières années de l'empire, alors que la France conservait encore, au moins en apparence, sa suprématie en Europe, l'école de médecine de Paris était aussi en pleine prospérité. C'est le moment où, proportionnellement, le nombre des étudiants étrangers a été le plus considérable. Qui donc alors songeait à s'en plaindre? Ceux qui voyaient les choses de haut considéraient le fait comme très naturel et en étaient très fiers pour notre pays. Quant aux gens qui jugeaient la question à un point de vue étroit, ils étaient bien aise que la science française fût assez appréciée à l'étranger pour amener à Paris quantité de jeunes gens faisant d'ordinaire grosse dépense. Le chauvinisme et l'esprit commercial y trouvaient leur compte. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à cette époque nous n'avons pas

FEUILLETON

UNE POUSSÉE EN AVANT.

(*Suite*)

Il a raison de le dire, puisqu'il le pense ; mais on peut avoir raison de ne pas penser tout à fait comme lui. Remarquons, d'ailleurs, que si la réclamation de M. Richelot est admise, si elle fait brèche, la vieille organisation est fort compromise. Tous les dix ans, les besoins de la population augmentent ; la nécessité des petits hôpitaux et des petits services s'imposera de plus en plus. Il faudra leur créer des places nouvelles, au risque d'amoindrir le titre ; et puis, les médecins, de leur côté, se trouveront à l'étroit dans les anciens cadres et peut-être chercheront-ils un joint pour les élargir.

Nous croyons que la demande de M. G. Richelot a des chances d'être bien accueillie. Elle n'a rien d'excessif, après tout ; au contraire, elle est clairement limitée à la création de quatre places nouvelles. Les

souvenir qu'aucune voix se soit élevée pour se plaindre de cette abondance d'étrangers.

La guerre de 1870 a porté un coup terrible au prestige de la France ; du jour au lendemain, tout s'en est ressenti. Est-ce que l'enseignement de l'Ecole est devenu moins brillant ? Pas le moins du monde, car jamais la Faculté n'a été mieux outillée de toutes façons et mieux à même de fournir tous les éléments d'une bonne éducation médicale. Et cependant le nombre des élèves étrangers a baissé, après la guerre, dans des proportions affligeantes pour notre amour-propre. Peu à peu, pourtant, on a fini par reprendre le chemin de Paris et voilà que maintenant un certain nombre d'étudiants français, surtout parmi ceux qui sont disposés à suivre la carrière des concours, trouvent que l'on favorise trop les étudiants étrangers dont la concurrence dans ces luttes de l'intelligence devient des plus sérieuses.

Il est certain que l'étranger envoie plutôt des sujets distingués que des cancres : mais, en laissant de côté l'honneur qui en rejaillit sur notre pays, nous trouvons que c'est là un stimulant précieux pour nos compatriotes et un gage certain que le niveau de ces concours qui contribuent à maintenir la médecine française dans un rang élevé, ne subira aucune diminution.

Pour ces raisons, donc, et pour d'autres, que nous pourrions développer, nous trouvons que cette affluence des étudiants étrangers à Paris doit être considérée comme une excellente chose sous tous les rapports, et si nos compatriotes vont, par ce

---

personnes qui l'appuieront savent d'avance à quoi elles s'engagent dans l'espèce, et elles peuvent croire que la concession, une fois obtenue, n'aura aucune influence sur les décisions ultérieures.

Mais nous n'avons pas à prévoir ce qu'il adviendra d'une requête individuelle ; nous devons envisager les choses de plus haut.

En France, les institutions dont nous sommes le plus fiers semblent avoir été imaginées pour prouver aux autres nations qu'il n'y a, dans notre pays, qu'un très petit nombre d'hommes capables de faire partie de ces mêmes institutions. L'Académie française offre quarante fauteuils aux littérateurs, et comme elle invite poliment une dizaine de grands seigneurs, d'hommes politiques, de magistrats, de savants, et de personnages du meilleur monde à y prendre place, il en résulte que des écrivains comme Th. Gauthier, Balzac, Dumas père et d'autres, pour ne parler que de ce siècle, ne peuvent s'y asseoir. Cela fait que nos voisins sont en droit de conclure qu'il n'y a chez nous que trente littérateurs distingués.

fait, être obligés de *piocher* avec plus d'âpreté, le premier moment d'humeur passé, ils ne tarderont pas à s'en consoler en constatant avec nous dans cette circonstance qui les afflige pour le moment, un des symptômes les plus certains du relèvement de notre patrie.



REVUE PROFESSIONNELLE

DÉONTOLOGIE MÉDICALE.

LES MÉDECINS, LES SPÉCIALITÉS ET LE PUBLIC.

Lorsqu'à l'ouverture des grandes vacances, je quittai ce que l'on appelait alors, le « *Collège Royal* » (le lycée, aujourd'hui), pour commencer mon apprentissage en pharmacie, afin d'utiliser le diplôme de bachelier que je venais d'obtenir (c'était en 1840), le praticien qui aurait ordonné, de même que celui qui aurait préparé, vendu, préconisé, ou offert une spécialité, eussent été regardés comme d'affreux charlatans ; on les eût volontiers montrés du doigt ; et pour leur faire sentir combien ils déshonoraient la profession, et étaient indignes des titres ou grades que leur conférait leur diplôme, on refusait de les admettre dans les réunions et sociétés professionnelles.

Chaque année, les examinateurs de l'école polytechnique sont, à leur grand regret, obligés d'évincer un nombre relativement considérable de jeunes gens dignes cependant d'être admis. Tel numéro de classement qui est bon une année, ne le sera pas l'année d'après. Suivant les besoins du moment, la même somme de connaissances vous couvre de gloire et assure votre carrière, — ou ne vous laisse que la honte d'un échec.— Mais, dit-on, l'Etat ne peut pourtant pas admettre dans son école plus d'élèves qu'il n'a de places à leur donner. — C'est entendu. Il ne s'agit pas de places ; il s'agit d'un titre, d'un certificat, si l'on veut, qui attesterait la capacité de celui qui a satisfait à toutes les épreuves. Ce certificat ne serait certainement pas sans utilité et remplacerait, avec supériorité, le diplôme de bachelier. — Mais dit-on encore, vous allez amoindrir le titre en l'émiettant. — En quoi, s'il vous plaît, un titre est-il amoindri parce que beaucoup le méritent? Phidias vous paraîtrait-il un moindre artiste, si l'on vous prouvait qu'à l'époque de Périclès plusieurs statuaires auraient pu sculpter le Par-

Aujourd'hui, nous sommes au seuil de 1885 ; et on en est à se demander si le monde n'a pas été renversé ; car c'est presque le contraire de ce que je viens de dire qui se passe maintenant ; grâce aux communications faciles et rapides de tous les peuples entre eux, il s'est établi un courant, un échange d'idées, qui, pour ne parler que de la médecine et de la pharmacie, justifient une fois de plus l'exclamation (modifiée) du poète « *Quantum mutatæ ab illis.* » La spécialité a envahi le monde médical ; et elle cherche à y prendre racine par les insinuations les plus audacieuses, les plus malveillantes. N'a-t-on pas vu, par exemple, tout récemment, une brochure cherchant à tromper, à entraîner les médecins, en voulant leur persuader qu'aujourd'hui pas un pharmacien n'était apte à reconnaître les bonnes drogues des mauvaises, les bonnes matières premières de celles qui n'ont aucune valeur thérapeutique; et que de toutes les préparations pharmaceutiques, magistrales ou officinales, aucunes ne devaient inspirer de la confiance aux médecins que celles préparées et vendues par les signataires de ce curieux et impertinent fascicule.

Le voile était par trop transparent ; le « *Prenez mon ours* » était si évident que le bon sens médical ne se préoccupa même pas de cette audacieuse tentative; il eût été d'ailleurs facile de répondre à ces commerçants par trop fantaisistes : « Vos

---

thénon? Rabelais vous semblerait-il un moindre écrivain parce que, au XVIe siècle, tous ceux qui tenaient une plume savaient admirablement leur langue ? Les mathématiques n'ont-elles de valeur qu'à la condition d'être comprises par quelques adeptes seulement ? Non, ça n'est pas cela. On ne dit pas ce que l'on veut dire. Nous allons y revenir tout à l'heure. Faisons, dès à présent, remarquer qu'entre les admis à l'école et les « non admis faute de place » il y aurait toujours le classement en faveur des premiers, *primi inter pares* ; — et, qu'en supposant même un amoindrissement du titre, il y aurait, par compensation, un singulier relèvement de la nation. Aujourd'hui on dit : la France produit, par année, 150 jeunes hommes capables d'entrer à l'école polytechnique. J'imagine que cela ne ferait pas un mauvais effet dans le monde si l'on pouvait changer cette énonciation contre celle-ci : la France produit, chaque année 500, ou 1,000 jeunes gens capables d'entrer à l'école polytechnique.

C'est encore mieux, ou c'est bien pis dans les choses de la médecine.

« produits sont faits par des ouvriers souvent sans instruction, « dans vos usines où vous n'habitez pas ; où vous ne parais- « sez que quelquefois ; et vous oseriez prétendre qu'ils ont « plus de valeur, plus de droits à la confiance des médecins « et du public que des médicaments préparés par les phar- « maciens eux-mêmes, ou bien, sous leur surveillance direc- « te, par des élèves bacheliers, et rompus à la pratique de l'art « pharmaceutique. »

Autrefois, tous les médecins savaient, et se donnaient la peine de formuler ; ils trouvaient en eux-mêmes, dans leur savoir, dans leur expérience, l'inspiration sous laquelle ils libellaient leurs prescriptions d'après l'examen qu'ils avaient consciencieusement fait du malade et le diagnostic qu'ils avaient porté de la maladie.

Ah ! dame ; cette manière de faire demandait un peu plus de peines, de soins, et d'attention ; mais le prestige du médecin restait tout entier debout : le malade le consultait avec confiance ; et si, à intervalles plus ou moins éloignés, le même mal ou la même indisposition visitait à nouveau le patient, celui-ci s'empressait d'aller, à nouveau aussi, consulter son docteur.

Je ne veux pas faire ici la guerre aux spécialités. Par ce temps de liberté grande, absolue, à outrance, dont nous

---

Pour une place à donner au bureau central, il se présente toujours au moins vingt concurrents. En général, il y en a dix qui, après les épreuves, mériteraient d'être nommés. Admettons qu'il n'y en ait que cinq dont les noms, mis dans un chapeau, pourraient être tirés au hasard. Leur mérite est égal ; leurs points sont égaux ou devraient l'être. Par quoi sera déterminé le choix à faire entre eux ? — Par la faveur, les recommandations, l'intrigue, la surprise, quelquefois les pires moyens. Cela est inévitable. Avec le concours, du moins, le choix ne peut être mauvais. Oui, mais, avec le concours, dans les conditions actuelles, le candidat le mieux doué, le plus capable peut, sans injustice, ne jamais être nommé, ou ne l'être que dix ans trop tard. Il ne lui reste, en ce cas, une fois la satisfaction qu'il poursuivait obtenue, qu'à donner sa démission et à aller s'endormir dans une chaire de faculté catholique. Nous en avons eu un exemple affligeant ces jours derniers.

Que faire ? Multiplier les places à donner. Par quel moyen ? En dédoublant les services, en diminuant la durée de ces mêmes services.

suçons les principes dans ces fameux biberons que l'*on* prétend bien supérieurs aux seins des nourrices, chacun ayant le droit de se soigner, de se traiter, de se médicamenter à sa guise d'après les indications et les conseils médicaux qui s'étalent à toutes les pages des grands et des petits journaux, chaque spécialiste a également le droit de vanter, de faire valoir et de vendre sa marchandise, au mieux de ses intérêts. Tant pis, ou tant mieux pour le croyant qui se laisse persuader et convaincre par les renversantes, impudentes et toujours insinuantes tartines qui vantent à qui mieux mieux certaines spécialités.

Je n'ai pas davantage l'outrecuidante prétention d'empêcher les médecins auxquels cela convient d'exercer leur art, en prescrivant toutes les spécialités qu'il prendra fantaisie à leur plume de désigner jusqu'à 4 ou 5 à la fois sur la même ordonnance. Je ne veux pas non plus raconter ici les réponses qui m'ont été faites par un grand nombre de médecins, dont l'un entre autres m'en donna un jour une des plus topiques. Je lui disais: « Docteur, vous prescrivez telles prises contre la migraine ; savez-vous ce que contiennent ces prises ? Non, me répondit-il ; mais le *Prospectus dit qu'elles sont bonnes contre les névralgies*. Un article sur ce sujet me conduirait trop loin.

La spécialité pharmaceutique, lancée, soutenue, prescrite

L'une de ces réformes est le corollaire de l'autre : si l'on arrive plus jeune dans les hôpitaux, l'âge de la retraite pourra être abaissé. — Ne vous effrayez pas, lecteurs, ou, suivant votre tempérament, ne vous impatientez pas. Nous indiquons ce que nous croyons le remède, d'autant plus librement que nous ne nous faisons aucune illusion à cet égard. Rien ne sera changé avant fort longtemps. Les positions défendues par des intérêts, — bien ou mal compris, — ont une force de résistance dont rien ne saurait donner l'idée.

L'autre article auquel nous faisions allusion en commençant, a paru dans le journal *Le Praticien* du 24 novembre, sous la signature de M. le Dr B. (Barrère ?). L'auteur, beaucoup plus radical que M. G. Richelot, est, croyons-nous, tout à fait désintéressé dans la question. Il demande ... mais il convient de le laisser parler lui-même : « L'internat, dit-il, devrait être le complément indispensable et obligatoire des études médicales .. A notre avis, tout interne devrait d'abord avoir terminé ses études théoriques et passé tous ses examens, sauf la thèse

par le médecin, est devenue une puissance médicale. Pour en arriver là, elle a pris les dehors les plus gracieux et les plus séduisants : soit par la forme originale des flacons, des boîtes ou des enveloppes ; soit au moyen d'étiquettes imagées, vernies, dorées, capables de séduire les yeux. Elle s'introduit au moyen d'émissaires parfaitement stylés, jusque dans le cabinet des médecins, aux heures des consultations (je tiens ce fait de plusieurs d'entre eux) ; ces émissaires racontent qu'ils ont découvert à Amsterdam un quinquina très riche, spécial, ignoré du commerce, qu'ils s'en sont rendus acquéreurs ; que leur jus de viande est bien supérieur à tous ceux fabriqués jusqu'à ce jour ; ce qui fait que leur produit étant absolument complet, les médecins n'ont plus qu'à le prescrire, pour remplacer toutes les autres médications, et obtenir des guérisons merveilleuses, rapides et certaines.

La spécialité a capté également la confiance des pauvres malades par tous ces dehors séduisants ; et elle est arrivée à un tel point de pression sur eux, et sur les médecins, qu'il n'est plus possible de ne pas crier : *Gare!* Car si l'on n'y prend garde, ce flot montant, envahissant, finira par rendre, dans un avenir prochain, les médecins absolument inutiles.

Il faut, en effet, que ceux-ci sachent bien que chaque fois qu'ils prescrivent une spécialité, au lieu d'écrire une formule

---

qu'il ferait pendant la durée de l'internat, qui naturellement serait abrégée, *en même temps que les services seraient considérablement augmentés*. Croit-on qu'un an ou dix-huit mois passés comme interne dans ces conditions ne suffiraient pas pour se perfectionner dans la pratique et ne donneraient pas à notre corps médical tout entier une grande valeur ? »

Nous avons souligné le membre de phrase qui marque la concordance des deux propositions ; concordance, hâtons-nous de le dire, qui n'est, en quelque sorte, que qualitative. L'une réclame, en effet, la création de 4 places nouvelles ; l'autre parle de services considérablement augmentés, c'est à-dire, multipliés, c'est-à-dire fractionnés. Les deux propositions diffèrent donc essentiellement sous le rapport de la quantité. Chacune, d'ailleurs, procède d'un point de vue opposé : La première se préoccupe avant tout des médecins et des chirurgiens des hôpitaux eux-mêmes : ils constituent l'élite de la profession ; ils en portent les destinées ; c'est à eux que doivent être subordon-

composée par eux, ils donnent à leurs clients, en même temps que le médicament, un prospectus qui n'est autre chose qu'une consultation déguisée, imprimée, que le malade conservera précieusement avec des annotations de sa façon, qu'il consultera dans les grandes comme dans les petites circonstances ; et qu'il retournera chercher autant de fois la spécialité ou une autre *sans repasser par le cabinet du medecin*, qui pourra, le 31 décembre, en relevant ses notes, constater dans le nombre des visites inscrites sur son registre, une diminution proportionnelle au nombre des spécialités qu'il aura prescrites pendant l'année. JULLIARD.

REVUE CLINIQUE

—

DU CHOIX D'UN ANTISEPTIQUE EN OBSTÉTRIQUE.

Depuis la généralisation du pansement de Lister, l'acide phénique avait pris un rang tel dans l'antiseptie que l'on n'avait guère songé jusqu'à ces derniers temps qu'il pourrait un jour être mis de côté pour être remplacé par d'autres agents.

Avait-on donc eu à s'en plaindre ? Et n'est-ce pas lui qui, aujourd'hui, règne encore d'une façon à peu près générale dans tous les services de chirurgie ?

---

nés les hôpitaux, les malades, les administrations et toutes choses. La seconde, au contraire, place avant tout l'intérêt des malades, de l'humanité, de la science et n'a cure d'amoindrir un titre qui ne s'applique qu'à un très petit nombre, si, de ce fait, résulte l'élévation du niveau de la profession entière. C'est toujours la vieille antinomie entre les principes aristocratique et démocratique. Bien que toutes nos sympathies soient acquises à ce dernier, nous ne pouvons nous empêcher de trouver que l'internat obligatoire nous semble terriblement exagéré. Nous nous contenterions de l'internat accessible à tous ceux qui seraient en état de subir les épreuves du concours actuel, et d'obtenir le nombre de points voulu.

Nous prévoyons des montagnes d'objections dans tous les sens. Nous croyons qu'elles peuvent être résolues sans de trop grandes difficultés. C'est un sujet sur lequel nous reviendrons volontiers.

Dr HEMMEL.

Pourquoi donc alors chercher d'autres antiseptiques, puisque l'acide phénique suffit aux indications de la méthode ?

Ne pourrait-on, d'ailleurs, avoir un produit plus pur que l'acide phénique du commerce, partant plus efficace, comme l'acide carbolique des Anglais et des Américains, qui n'est qu'un acide phénique à l'état plus parfait ?

Il y a l'odeur, il est vrai, l'odeur de cet agent qui, dans les hôpitaux, n'est pas un inconvénient, mais cause quelquefois de la répulsion en ville, chez des femmes à nerfs olfactifs très sensibles. Cela sent le mort,dit-on, parce que précisément on désinfecte les cadavres avec cet acide...... Qu'est-ce que cela prouve ?

M. Tarnier, il est vrai, dans sa belle leçon d'inauguration du cours d'Obstétrique à la Faculté, a préconisé le sublimé et alors vite, comme tout est affaire de mode, dans la science comme ailleurs, les accoucheurs officiels se sont mis à vanter le sublimé et à abandonner l'acide phénique.

Hâtons-nous, semblent-ils s'être dit, de profiter du sublimé pendant qu'il désinfecte, car plus tard il peut venir quelque autre substance et le sublimé ira à son tour rejoindre l'acide phénique qu'il a remplacé.

Voulez-vous du sublimé, on en a mis partout ? Du blanc, du rose, de toutes les couleurs. N'en faut-il pas pour tous les goûts ? Les meilleurs esprits se sont engoués de cette nouveauté, et j'en pourrais citer qui, d'abord indifférents, ne jurent plus aujourd'hui que par le sublimé.

Allez dans n'importe quel service d'accouchement possible, sauf dans un qui a gardé les vieilles traditions, vous trouverez des cuvettes et du sublimé pour vous laver les mains, *avant pendant et après*.

Bonnes précautions, du reste, envers des étudiants qui sentent plus ou moins les amphithéâtres de l'école pratique. Mais l'acide phénique n'aurait-il pas parfaitement rempli les mêmes conditions ? Sans compter que l'odeur laissée par ce dernier aurait prévenu le chef de service que l'étudiant a bien pris les précautions recommandées pour la circonstance.

M. Tarnier lui-même, du reste, en adoptant le sublimé, paraît avoir cédé à un sentiment d'un ordre extra-scientifique, bien qu'au fond il soit convaincu de la supériorité de cet agent.

Voici ce qu'il dit dans sa leçon d'ouverture :

« Le 27 janvier 1880, Davaine lisait à l'Académie de Médecine un travail complet sur l'action du sublimé et sur la puissance destructive qu'il exerce sur les microbes....

Quelques mois plus tard Koch (de Berlin) étudia à son tour le sublimé et arriva aux mêmes conclusions...

Dès 1881, je l'avais essayé à la Maternité et en août de la même année, au congrès de Londres, je pus dire que le sublimé me paraissait le plus puissant des antiseptiques. »

Ce n'est aussi qu'en 1881 que Schede (de Hambourg) en généralisa l'emploi dans son service de chirurgie, et au milieu de 1882, M. Tarnier l'appliqua à la Maternité d'une façon générale (*An. de Gynécologie*. Olivier 1882.)

Ainsi donc, après avoir constaté que l'emploi du sublimé comme antiseptique était d'origine française, M. Tarnier réclame pour lui la première application de cet agent à l'art des accouchements et, en cela, il a parfaitement raison.

Cependant, ce maître avait obtenu précédemment de remarquables succès avec l'acide phénique dans des ruptures de l'utérus, puisque trois femmes sur quatre guérirent et qu'en 1879, il avait réussi avec cet agent, à sauver une femme chez laquelle il avait dû pratiquer cette opération, si grave et si souvent mortelle, qu'on appelle l'opération césarienne par la méthode de Porro.

Pourquoi donc alors changer l'acide phénique ? Est-il réellement besoin, d'ailleurs, d'un parasiticide si puissant ?

Cet éminent accoucheur, auquel l'humanité est redevable d'un si grand abaissement du chiffre de la mortalité puerpérale dans les services d'accouchements, n'a-t-il pas obtenu ses meilleurs résultats par l'isolement seul, *sans le secours d'aucun antiseptique*.

Consultons les trois colonnes indicatrices de la mortalité qu'il nous fit voir dans sa leçon inaugurale et qui correspondent à trois périodes distinctes.

Dans la première période, qui est celle d'inaction, la mortalité était de 9,3 pour cent.

Dans la deuxième, qui correspond à l'isolement des malades, la mortalité tombe à 2,3 pour cent.

C'est là le plus beau résultat obtenu par M. Tarnier.

Dans la troisième période, où l'on observe les règles de l'an-

tiseptie, la mortalité diminue encore un peu ; elle est réduite à 1,1 pour cent.

Comme on le voit par l'exposé de M. Tarnier lui-même, l'antiseptie autour de laquelle les nouveaux accoucheurs des hôpitaux ont fait si grand bruit, n'a donné qu'un résultat minime si on le compare avec ceux obtenus pendant la période d'isolement qui fait si grand honneur à M. Tarnier.

Or, qu'est-ce que la période d'isolement, s'il vous plaît, si ce n'est l'accouchement chez les sages-femmes pour les sujets des hôpitaux ? Ou mieux encore, l'accouchement à domicile pour les pauvres ouvrières assistées par le bureau de Bienfaisance et, par-dessus tout, la clientèle de la ville qui, du propre aveu de M. Tarnier, ne donnait, à une époque où on ne faisait pas d'antiseptie, qu'un cas de mort sur 322 accouchements.

Un cas sur 322 ! C'est, si je ne me trompe, 0,3 pour cent, c'est-à-dire plus d'un tiers de moins que n'en a donné la période de l'antiseptie que l'on dit être la plus favorable à M. Tarnier ; et si, à cet isolement tout naturel de l'accouchement à domicile, on ajoute l'antiseptie, on en arrive tout naturellement à supprimer toute mortalité en ville pour les femmes accouchées par des spécialistes non astreints par leurs fonctions à vivre dans un milieu où l'antiseptie est de rigueur pour échapper aux atteintes des germes infectieux.

Examinons maintenant, dans l'état actuel de la science, quel est le meilleur des antiseptiques à employer, non dans les hôpitaux d'accouchements, où l'usage du sublimé est enraciné, pour longtemps encore, mais en ville, pour conjurer jusqu'à la possibilité d'un accident puerpéral isolé...

M. Tarnier, dans sa leçon inaugurale, passe en revue les antiseptiques et reconnaît que l'on a employé comme tel le plus grand nombre des corps de la chimie minérale ou organique.

L'acide phénique, d'après lui, n'occuperait dans cette liste que le 12e ou 15e rang ; mais il place sur la première ligne *l'eau oxygénée* et le *sublimé*. Seulement il repousse la première de ces deux substances comme étant *difficile à manier*.

Le sublimé, cependant, ne peut se respirer comme l'oxygène ou comme les vapeurs phéniquées.

A ce titre, on peut même nier que le sublimé soit un antisep-

tique dans toute l'acception du mot, c'est simplement un parasiticide, passant pour un antiputride, mais non pour un antiseptique, car M. Tarnier est obligé, dans son service de la Maternité, de conserver des bouilleurs qui projettent partout des vapeurs phéniquées.

Le sublimé n'y est donc employé que pour des lavages, des injections et des pansements...

La méthode, du reste, est rigoureusement appliquée et la solution mercurielle est préparée avec la liqueur de Van Swieten dédoublée. Or, on sait que cette liqueur a pour base le deuto-chlorure de mercure qui est l'un des plus violents poisons que l'on connaisse.

Dans les cas graves on se sert de la liqueur pure et l'on pratique des injections dans la cavité utérine. M. Tarnier va même, dans son enthousiasme, jusqu'à préférer le sublimé au seigle ergoté pour faire contracter l'utérus ! Je considère, quant à moi, que ces exagérations constituent un grand danger pour les malheureuses femmes en couches; et que les sages-femmes, déjà trop portées à abuser du seigle ergoté, si elles prenaient les paroles du maître à la lettre, produiraient de nombreux empoisonnements.

Quoi qu'il en soit, malgré l'emploi de ce puissant antiputride, la mortalité, à la Maternité, n'a diminué que de 1 % ! Ce qui donne à penser combien le milieu hospitalier est mauvais et combien le moindre relâchement dans les soins incessants donnés aux malades, ou pris par le personnel médical, pourrait devenir fatal pour les femmes en couches.

Les mêmes résultats, d'ailleurs, eussent été obtenus avec l'emploi de l'acide phénique et M. le Dr Gueniot me disait encore naguère, qu'il ne comprenait pas pourquoi l'on avait changé l'acide phénique. Voici, du reste, le mélange qu'emploie cet accoucheur distingué :

Acide phénique..	25 gr.
Glycérine..........	25 gr.
Eau distillée......	1000 gr.

(L'acide phénique est soluble dans la glycérine par parties égales.)

Avec cet antiseptique, nous avons soigné ensemble les cas

les plus graves que l'on puisse rencontrer en ville : (Éventration fœtale, mort du fœtus depuis plusieurs jours, version difficile, manœuvres répétées) sans que la température de la mère ou son pouls aient dépassé la normale.

J'ai voulu toutefois essayer du sulfate de cuivre, recommandé par M. le Dr Charpentier, comme antiseptique obstétrical. Je dois à la vérité d'avouer qu'il n'a fait aucun mal, mais que dans un cas de lochies putrides il n'a en aucune façon modifié l'odeur ni l'aspect physique de l'écoulement, ce qui donne lieu de croire qu'il n'avait pas détruit les germes infectieux et force m'a été de revenir à l'acide phénique.

J'ai employé aussi l'eucalyptus, l'acide borique, l'acide salicylique, le thymol.etc., sans qu'il me soit possible de dire quel est le meilleur de ces antiseptiques.

J'ai, toutefois, une tendance à préférer l'acide salicylique.

Quant au mercure, dont les malades se méfient, non toujours sans raison, ses avantages très réels pour la destruction des germes, sont contrebalancés par les dangers qu'il fait courir et la juste répulsion qu'il inspire. M. Tarnier lui-même a constaté (*Leç. d'ouv. An. de Gynœcologie*, p. 256) de l'hydrargyrie à la région vulvaire (irruption de boutons, rougeurs et démangeaisons sur les parties génitales). des gingivites (gonflement des gencives, ébranlement des dents, salivation abondante, mauvais goût dans la bouche, haleine fétide), une sorte de tannage de la vulve et du vagin (sécheresse des muqueuses génitales, abolition ou diminution de la sensibilité dans ces parties) et même, ajoute M. Tarnier, on a cité un cas de mort ! Il est vrai qu'il ajoute aussi qu'il n'y croit guère parce que, dit-il : « j'ai employé plus de trois mille fois le sublimé sans inconvénient sérieux. »

Je ne sais pas à quel cas de mort l'éminent professeur fait allusion, mais ce que je sais, c'est que M. Stadfeldt (de Copenhague) a publié dans le *Centralblatt für Gynœcologie*, un cas d'intoxication mortelle par le sublimé, employé comme antiseptique. L'autopsie fut pratiquée et, malheureusement, on ne peut douter de l'authenticité de ce cas.

J'ai vu moi-même, dans ma clientèle privée, deux phlébites graves succéder à l'usage du sublimé.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une multipare atteinte à

plusieurs reprises de métrite arthritique et d'eczéma. Après un accouchement très rapide et sans accident, en mars dernier, les lochies prirent une intensité et une fétidité extraordinaires. J'ordonnai des injections vaginales de liqueur de Van Swieten dédoublée. Dès la première injection il y eut des coliques atroces avec irradiation jusqu'à la région lombaire et jusqu'aux genoux. Il y eut aussi des nausées et de la tympanite abdominale; je dus cesser l'usage du sublimé, et les injections chaudes chloralées conseillées par le Dr Chéron, le médecin de la malade, eurent seules raison de cet état.

Toutefois, une phlébite de la jambe gauche se déclara; on employa contre elle le traitement usité en pareille circonstance. Il est probable que le liquide de l'injection aura pénétré par le col béant de l'utérus. Quoi qu'il en soit, la malade vint en août prendre les eaux à Saint-Nectaire et n'en partit guérie que le 10 septembre, cinq mois après son accouchement.

Dans le 2e cas, il s'agissait d'une primipare, âgée de 20 ans. L'accouchement avait dû être terminé avec le forceps de M. Tarnier pour une position O. I. D. P. non réduite. L'enfant était très volumineux. Quelques caillots, restés dans l'utérus après la délivrance, n'avaient été expulsés que le lendemain. Pour cette raison, je prescrivis des injections de liqueur de Van Swieten dédoublée dans le vagin. Une phlébite double se déclara le 3e jour et la maladie se prolongea à l'état sub-aigu pendant deux mois. Aujourd'hui encore cette malade ne sort qu'avec des bas lacés, 8 mois après son accouchement.

Enfin, dans un autre cas, la femme d'un pharmacien nouvellement accouchée, chez laquelle on avait eu recours à des injections de sublimé pour combattre la fétidité des lochies, fut prise, dès les premières injections, de frissons, de salivation, de nausées et de douleurs qui forcèrent de remplacer le sublimé par un autre antiseptique.

Tout récemment encore j'ai été témoin d'un cas d'intolérance absolue de la liqueur de Van Swieten chez une dame de la rue Jean-Goujon, pour de simples lotions pendant la grossesse, et je conclus de tous ces faits, sans vouloir cependant faire le procès du sublimé, que son emploi réclame de grandes précautions et qu'il impose tout d'abord à l'accoucheur l'obliga-

tion de tâter la susceptibilité de sa malade avant de se servir de ce redoutable médicament.

J'ajoute à ces dangers qu'entraîne l'usage du sublimé, d'autres dangers qui ne sont pas imaginaires. En effet, si, dans les hôpitaux, une surveillance incessante peut prévenir des erreurs, il ne saurait toujours en être de même en ville où les méprises sont trop fréquentes.

Les journaux contiennent assez souvent la relation d'empoisonnements par des changements de flacons, malgré l'étiquette rouge réglementaire. C'est la nuit surtout que ces erreurs se produisent.

Puis, ne faut-il pas, avec le mercure, des vases en verre ou en faïence, éviter aussi le contact des métaux, bagues, bijoux, dorures et autres objets précieux ? ce qui est tout au moins un désagrément.

Enfin, comme nous l'avons déjà dit, l'antiseptie rigoureuse ne se compose pas seulement de pansements et d'injections, il y a la muqueuse bronchique et pulmonaire à garantir contre l'invasion des germes et microbes, et l'on sait que le sublimé est irrespirable en pulvérisation....

Quel est le médecin qui voudrait s'exposer dans une atmosphère de bi-chlorure de mercure ? Cet agent ne peut donc servir, pendant l'opération et ses suites, à établir dans la chambre de l'accouchée cette atmosphère antiseptique qui est le propre du pansement listérien. D'où nécessité des bouilleurs d'eau phéniquée et par conséquent traitement mixte par l'acide phénique et le sublimé. Dans ces cas, l'odeur qu'on voulait supprimer est toujours la même avec un peu moins d'intensité.

Il semble *à priori* qu'un antiseptique véritable qui remplirait, à lui seul, toutes les indications serait préférable. Le sulfo-carbol dont il a été question dans ce journal, pourrait remplir ce double but. Il est, d'ailleurs, exempt de tout danger.

Mais pourquoi, si l'on repousse définitivement l'acide phénique, chercher un autre antiseptique que celui placé en première ligne par M. Tarnier ? L'oxygène comprimé dans l'eau peut servir pour les pansements, lavages et injections ; on peut l'employer à l'état gazeux pour la respiration.

M. Tarnier n'a point à craindre de difficulté dans le maniement de l'eau oxygénée.

M. le Dr Larrivé, qui a fait une étude spéciale de l'emploi de l'eau oxygénée en chirurgie, se sert le plus ordinairement de la préparation de Baldy-Esménard. Il y a d'ailleurs d'autres eaux oxygénées peu acides, de 7 à 12 volumes, qui sont susceptibles de rendre de grands services.

On peut employer l'eau oxygénée coupée par parties égales d'eau pure pour des injections vaginales après l'accouchement sans avoir à redouter aucun des inconvénients du sublimé. Elle peut être utilisée de la même façon pour les lavages intra-utérins, à condition que les voies de sortie soient bien libres. Il est indispensable que l'énorme quantité de gaz oxygène qui se dégage au contact de la muqueuse puisse trouver une issue facile au dehors. A l'accoucheur donc à se munir pour ces lavages d'une sonde à double courant et à lui seul ou à une garde qu'il aura dressée à cet effet, à donner l'injection *en poussant la canule avec une grande lenteur.*

Ce sont là les seules précautions à prendre. Elles ne sont pas, que je sache, de nature à faire repousser l'eau oxygénée par M. Tarnier, et, en tout cas, elles sont infiniment moindres que celles que nécessite l'usage du sublimé. J'ajoute qu'ainsi maniée l'eau oxygénée n'entraîne aucun danger.

Le procédé de production de l'oxygène de MM. Brin frères par la peroxydation de la baryte caustique, facilite la fabrication de l'eau oxygénée, laquelle est rendue gazeuse en refoulant à haute pression l'oxygène pur dans l'eau qui dissout une certaine quantité de ce gaz et devient ainsi l'élément indispensable de la vie organique et la cause de la mort pour les germes putrides. De plus, les volumes en excès qui ne peuvent se dissoudre restent divisés et emprisonnés dans l'eau.

On obtient ainsi, à bon marché, l'antiseptique par excellence dont je n'ai pas à énumérer ici les indications.

Je dirai seulement qu'avec l'emploi de l'eau oxygénée, en ville comme dans les hôpitaux, on peut laisser sur un meuble dans la chambre de l'accouchée ou sur la planche du lit d'hôpital, les flacons qui la contiennent sans aucune crainte d'erreur ou d'empoisonnement accidentel.

Enfin, dernier argument que je recommande non seulement

aux accoucheurs et aux chirurgiens, mais à tous les médecins, en temps d'épidémie, le litre d'eau oxygénée reviendra désormais au prix des eaux minérales de table les meilleures marché. Elle constitue par le fait une boisson légère, tonique, digestive, et qu'on peut donner mêlée au vin aux femmes qui viennent d'accoucher.

Dr E. Verrier,
Préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de Médecine

DU MAL PERFORANT OU ULCÈRE PERFORANT DU PIED

Par le Dr T. Mitchell Chance.

Sous le nom de mal perforant, ou mieux de gangrène spontanée du pied limitée à de petites surfaces, l'auteur entend désigner tous ces cas obscurs de gangrène sèche qui surviennent spontanément aux extrémités inférieures, qui ont d'ordinaire une étendue très limitée et que l'on ne peut attribuer au traumatisme, à la chaleur, au froid, aux topiques irritants, à l'action nocive de médicaments internes, ou à l'athérome. Dans ces faits, le processus gangreneux se manifeste sous forme de plaques ovalaires ou arrondies, intéressant d'abord les téguments, puis envahissant graduellement les tissus sous-jacents jusqu'à une profondeur variable en suivant une marche chronique ou subaiguë. Tout d'abord on voit apparaître de petites taches sombres assez semblables à des meurtrissures ; il ne se produit ni de soulèvement, ni de dépression de l'épiderme jusqu'à ce qu'il se soit fait de la suppuration ; pendant une, deux et même trois semaines, il n'y a point d'aréole inflammatoire, pas de chaleur plus vive de la partie malade ; à ce niveau la peau devient sèche, se momifie, et lorsque la suppuration arrive s'affaisse au-dessous du niveau des téguments voisins ; elle met plusieurs semaines et parfois même des mois à se détacher. Les tissus qui sont situés au-dessous de cette eschare sont constamment baignés de pus pendant toute cette longue période ; ils sont donc ramollis, fongueux, et sont même parfois envahis eux-mêmes par le processus gangreneux, jusqu'à ce qu'enfin ils reprennent une certaine vitalité et qu'un processus ulcératif succède au processus gangreneux. Il se produit ainsi une ulcération de mauvaise nature, ayant une ten-

dance continuelle à creuser les tissus sous-jacents, d'où le nom que beaucoup d'auteurs lui ont donné, d'ulcère perforant. Si cette affection a cette tendance assez extraordinaire de gagner en profondeur au lieu de s'étendre en surface comme les autres ulcères, cela tient, ainsi que le fait remarquer le Dr Chance, à ce qu'il existe une maladie soit primitive, soit secondaire de l'artère de la région. C'est ainsi que la dégénérescence athéromateuse des artères qui accompagne la néphrite interstitielle, peut être une cause prédisposante à l'ulcère perforant ; il est probable, d'après l'auteur, qu'une artérite subaiguë et sans doute qu'une phlébite subaiguë peuvent avoir les mêmes résultats ; mais il est beaucoup plus difficile, ajoute-t-il, d'admettre que des lésions nerveuses périphériques puissent arriver toutes seules à produire cette singulière affection. D'autre part, des altérations profondes des centres nerveux peuvent modifier la nutrition des parties de telle sorte qu'elles soient prédisposées à subir ce processus gangreneux. Toutefois, le pathologiste américain est fort tenté de penser que les lésions vasculaires, qu'elles soient primitives ou secondaires, interviennent toujours pour quelque chose dans la pathogénie du mal perforant.

On comprend dès lors que le traitement local n'ait qu'une assez minime importance, et que le traitement général soit au contraire celui sur lequel it faut tout particulièrement insister. Le pronostic est grave : il est, en effet, assez fréquent de voir des maux perforants persister pendant des mois et même pendant des années ; souvent l'ulcération est à peine cicatrisée qu'il s'en forme une nouvelle, et le malade finit par être emporté par l'affection viscérale grave dont la lésion cutanée n'est qu'une manifestation locale. Parmi les rares complications du mal perforant, on a signalé l'infection purulente. La guérison réelle peut être obtenue dans quelques cas ; d'autres fois, la cicatrice devient le siège d'une épithélioma, d'une kéloïde ou d'un lupus.

On a signalé la coïncidence chez le même sujet de l'ulcère perforant et de l'ataxie locomotrice ; d'autres affections du système nerveux, de la maladie de Bright, de la glycosurie, et d'autres affections générales. Il faudra donc, toutes les fois que l'on observera un mal perforant, songer à la possibilité de

toutes ces maladies, examiner les urines, explorer l'état des réflexes, ausculter le cœur et rechercher l'athérome.

D'ailleurs, l'aspect de cette lésion est bien spécial et ne permet pas le moindre doute au sujet du diagnostic. L'élimination de l'eschare met d'ordinaire deux ou trois semaines à se produire, pendant lesquelles on voit les tissus voisins s'œdématier, les veines superficielles s'engorger et devenir turgescentes, les lymphatiques former de fines traînées rouges il est des cas cependant dans lesquels le pied garde tout à fait son aspect normal à l'exception d'une légère aréole inflammatoire située tout autour de l'ulcère. Le malade éprouve en même temps d'ordinaire des douleurs lancinantes ou cuisantes dans le pied et les orteils. Lorsque des nerfs importants sont intéressés la douleur est excruciante et exige l'emploi des narcotiques pour que le patient puisse jouir d'un moment de repos Il est fréquent de voir les douleurs survenir longtemps avant l'apparition de la manifestion cutanée, mais elles atteignent toujours leur maximum pendant la période d'activité du processus. Une fois l'eschare détachée, on voit une ulcération à bords d'un rouge vif, taillés à pic, à fond d'abord grisâtre, bientôt jaunâtre lorsque la suppuration est bien établie et que l'élimination des parties sphacélées est complète. D'ailleurs ces aspects sont bien variables suivant la marche du processus. Dans presque tous les cas l'ulcération ne gagne qu'en profondeur, et détruit peu à peu les tendons, les nerfs, les vaisseaux, les ligaments articulaires, allant jusqu'à ouvrir les articulations du pied.

Il est fort rare d'observer plus de quatre ou cinq ulcérations chez le même individu; d'ordinaire on n'en trouve que une ou deux. Elles sont arrondies ou ovalaires ; leur grand diamètre varie de deux ou trois lignes à deux ou trois pouces. La règle est que le mal perforant soit situé à la plante du pied vers le bord externe, ce qui montre bien la tendance de cette lésion à se produire aux régions dont la vitalité est peu développée. On peut cependant le rencontrer aux autres régions du pied, mais rarement aux orteils.

Le mal perforant s'observe à tous les âges, il ne semble pas être consécutif à des traumatismes, bien que l'on ait signalé

parmi les causes déterminantes de cette affection les chaussures trop étroites et les gelures.

Le mal perforant se distingue assez facilement des ulcérations d'autre nature qui s'observent au pied par les douleurs qui le précèdent et qui l'accompagnent, par la fréquence de l'ataxie locomotrice ou d'autres maladies nerveuses, de la glycosurie ou de la néphrite interstitielle chez le malade qui en est atteint, par la nature gangreneuse de la lésion à son début, par son siège si spécial, par sa tendance toute particulière à prendre des allures chroniques et à gagner en profondeur, par la transformation athéromateuse des artères tibiales.

Quant au traitement, il faut éviter avec soin toutes les causes de débilitation, et prescrire un régime tonique. Le fer, le quinquina, et, si le cœur ne se contracte pas énergiquement, la digitale sont indiqués. Lorsqu'il n'y a pas de réaction inflammatoire vive, il faut donner l'alcool sous diverses formes et une alimentation substantielle. On combattra les douleurs en administrant l'opium en nature sous la forme pilulaire. Les applications locales les plus simples sont les meilleures : des cataplasmes prolongés sont mauvais, car ils diminuent encore davantage la vitalité des tissus atteints et favorisent l'extension du processus gangreneux. Cependant, il est bon de faire quelques applications de cataplasmes légers, de la grandeur de la partie malade, pour faciliter la chute de l'eschare, puis on fait des pansements antiseptiques. (*The Cincinnati Lancet and Clinic*, 30 août 1884, p. 237.)

L. B.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

—

De l'angine de poitrine rhumatismale (hypérémie du plexus cardiaque), thèse de Paris, par le Dr MARTINET, ancien interne des hôpitaux. Delahaye 1884.

Dans cet important travail, l'auteur cerche à attirer l'attention des cliniciens sur une complication rare du rhumatisme articulaire aigu, l'angine de poitrine. Il a été fait, dans

le service du professeur Peter, dont on connaît la grande compétence en tout ce qui touche les affections cardiaques.

Nous ne pouvions mieux faire pour donner une idée de cette monographie que de citer les conclusions de l'auteur.

1° Le rhumatisme aigu peut se localiser sur les nerfs du cœur, indépendamment de toute inflammation du péricarde, de l'endocarde, du myocarde ou de l'aorte.

2° Cette localisation se fait suivant le mode hypérémique et peut, dans certains cas, aller jusqu'à la phlegmasie.

3° Cliniquement elle se traduit par les symptômes de l'angine de poitrine.

4° La terminaison favorable paraît être la règle, et le cœur, une fois la guérison obtenue, revient intégralement à son état normal.

5° Le traitement consiste dans l'emploi des émissions sanguines locales : sangsues, ventouses scarifiées à la région préaortique, et l'application simultanée des révulsifs : vésicatoires volants, pointes de feu. Les stimulants diffusibles et les toniques (éther, alcool, extrait de quinquina) seront administrés au moment des accès et dans leurs intervalles.

Dr H. Cellard.

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du moment opportum dans l'administration des médicaments. — Doit-on administrer les médicaments avant ou après le repas ? Telle est la question qu'on adresse souvent au médecin et qui reste souvent aussi sans réponse bien précise ou bien raisonnée. Les agents médicamenteux localement irritants doivent en règle générale être administrés immédiatement après le repas, quand l'estomac est plein, tels que les *sels de fer*, de *cuivre*, de *zinc*, de *fer et d'arsenic* à haute dose.

Au contraire, les petites doses des drogues prescrites pour agir sur les extrémités stomacales des nerfs vagues doivent être prises à jeun. Dans certains cas, ce seront des considérations chimiques qui dirigeront les praticiens. L'*oxyde et le nitrate d'argent*, donnés en vue d'exercer une action topique sur la muqueuse de l'estomac, doivent être donnés pendant les

périodes de repos de l'organe. L'*iode* et les *iodures* doivent être administrés également à jeun. Mis en présence de l'amidon et des acides qui se trouveraient dans l'estomac, s'ils étaient pris autrement qu'à jeun, les iodures seraient altérés, décomposés ou modifiés en produits d'une activité inférieure, qui resteraient en deçà du but à atteindre. Les conditions de plénitude dans lesquelles se trouvent les radicules du système absorbant pendant la période de la digestion sont aptes à retarder l'absorption et la diffusion trop rapide de certains poisons violents. On devra mettre ces mêmes conditions à profit lorsqu'il s'agira de faire prendre des médicaments actifs à des doses thérapeutiques limitées.

A quel moment doit-on donner les alcalins et les acides ? Pour les *acides*, s'ils sont prescrits en vue de combattre l'acidité du suc gastrique, on devra les donner avant les repas, car, en vertu des lois de l'osmose, ils détermineront un écoulement plus abondant du produit de sécrétion des glandes et des constituants alcalins du sang, qui fournit les matériaux de cette sécrétion.

Pour les *alcalins*, s'agit-il de combattre l'acidité du suc gastrique, il faudra les donner pendant les repas. Mais s'agit-il d'obtenir leur diffusion dans lesang, en dehors de l'action qu'ils pourraient avoir sur la composition du suc gastrique, il faudra alors les faire prendre à jeun. Il est clair qu'un alcalin pris au moment du repas, juste alors qu'il faudrait conserver au suc gastrique son acidité physiologique, ne peut qu'entraver le processus de la chymification. On se rappellera que les sels métalliques et notamment le sublimé corrosif, que l'alcool, le tannin et quelques autres agents médicamenteux altèrent ou détruisent le ferment et le pouvoir digestif de la pepsine ; on devra donc les donner à jeun. Ce qui vient d'être dit de l'alcool ne s'applique pas au vin pris en quantité modérée et à doses fractionnées, mais aux liqueurs riches en alcool ; les vins ordinaires et en particulier les vins médicamenteux ne sont pas assez alcooliques pour agir d'une façon nuisible sur la pepsine.

Le *fer*, les *phosphates*, l'*huile de foie de morue*, le *malt* et les agents similaires doivent en général être pris en même

temps que les aliments et pénétrer la masse du sang en même temps qu'eux pendant le processus de l'absorption.

(*The Medical Progress*, avril 1884. et *Bulletin de thérapeutique*, p. 549, 1884).

Paul Rodet.

Traitement des hémorrhoïdes internes par le cascara sagrada. — Le Dr John Elfers fait remarquer que l'obstruction du rectum par les matières fécales durcies, en mettant obstacle à la circulation veineuse, constitue la plupart du temps la cause première des hémorrhoïdes. Pour la faire disparaître, il s'agit donc de ramollir les matières fécales dans le rectum sans produire d'irritation ou de les réduire à leur minimum.

L'emploi des cathartiques apporte bien un soulagement momentané, mais ils irritent l'intestin et sont presque toujours suivis d'une constipation plus opiniâtre, de sorte qu'il y a une source d'irritation constante entretenue à la fois par la constipation et les purgatifs.

Quand la constipation est habituelle, l'auteur administre l'extrait liquide de *cascara sagrada* à la dose de 15 à 30 gouttes trois fois par jour, de manière à obtenir tout d'abord une évacuation abondante ; après cela, on en fait prendre chaque soir en se couchant 20 à 30 gouttes, afin d'avoir une ou deux selles le lendemain matin.

Ce médicament étant l'objet de falsifications, il faudra le contrôler avant de s'en servir.

(*Therapeutic Gazette*, janvier 1884, page 11.)

Paul Rodet.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de Pathologie générale comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique

Par le Dr H. Hallopeau, in-12 de 723 pages, J.-B. Baillère et fils, Ed. Paris 1884.

Le nouvel ouvrage de M. le Dr Hallopeau a à nos yeux un grand mérite : c'est qu'il est clair, concis, facile à lire ; aussi

croyons-nous à son réel succès auprès des étudiants. Il est bien ce qu'un traité élémentaire doit être avant tout, c'est-à-dire un exposé consciencieux de l'état actuel de la science et des doctrines du jour. Dans un ouvrage comme celui-là, destiné à l'enseignement, l'auteur est surtout obligé de tracer un tableau impartial des idées reçues; M. Hallopeau l'a fort bien compris. L'élève, en trouvant dans son livre les recherches modernes résumées avec la plus scrupuleuse fidélité, lui saura gré de lui épargner ce fastidieux travail qui consiste à consulter de volumineux mémoires originaux. Que puis-je ajouter de plus ? Comme toutes les œuvres de cette nature, celle-ci échappe à toute analyse. L'auteur l'a divisée en cinq parties : dans la première il traite de l'Etiologie en général, dans la deuxième des processus morbides (hypérémie, inflammation, hémorrhagie, hydropisie, anémie locale, thrombose et embolie, mortification, atrophies et dégénérescences, hypertrophies et tumeurs) ; dans la troisième, des troubles fonctionnels (symptômes); dans la quatrième de l'affection et de la maladie en général; dans la cinquième enfin de l'art médical en général (diagnostic, pronostic, prophylaxie et thérapeutique). Comme on peut le voir, d'après ce simple exposé du plan de l'ouvrage, l'auteur a envisagé son sujet d'une manière très large et très élevée. On nous excusera, je l'espère, de ne pas parler en détail des divers chapitres saillants de ce livre ; il en est un cependant que je ne puis m'empêcher de signaler à l'attention, car il est des plus intéressants et des plus actuels, je veux parler de celui où M. Hallopeau traite du parasitisme. L'éminent médecin a compris toute l'importance de ces études à l'heure actuelle, aussi a-t-il donné à ce point particulier un développement des plus justifiés et qu'apprécieront aussi bien que moi, j'imagine, tous ceux qui voudront connaître les divers travaux si considérables publiés tout récemment sur ce sujet. Après avoir donné un bon résumé des notions que nous possédons sur les parasites animaux et végétaux déjà connus depuis quelque temps, tels que le ténia, la trichine, l'achorion, le trichophyton, etc..., M. Hallopeau aborde la question des agents infectieux, des microbes et résume magistralement les principaux traits de leur histoire encore si obscure. Je ne saurais trop engager les élèves qui veulent savoir ce que c'est qu'un micrococcus, qu'une bactérie, qu'un bacille, etc.., à lire ce lumineux chapitre : des figures leur permettront d'ailleurs de se faire une idée encore

plus exacte de ces divers organismes. L'auteur étudie ensuite le mode de transmission et de pénétration des microbes dans l'économie, leur rôle pathogénique ; puis il passe à la description des divers agents infectieux, et il termine en examinant leur mode d'action. Toute cette partie du livre de M. Hallopeau est des plus complètes et tout à fait au courant, je dirais même trop au courant des dernières publications, car tout en admirant les patientes recherches qui ont permis à certains auteurs de décrire des microbes de l'endocardite ulcéreuse, de la fièvre récurrente, de la fièvre typhoïde, de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, de la fièvre jaune, du choléra, de la dysenterie, de l'ictère grave, du xanthélasma, de la gangrène, des oreillons, de la coqueluche, du goître, du furoncle, du chancre simple, du bouton de Delhi, de Biskra, de Gafsa, et d'Alep, de la carie dentaire, etc., etc....., tout en les admirant, dis-je, on ne peut s'empêcher de remarquer, quand on n'est pas soi-même complice, mais observateur sérieux et de bonne foi, que tout cela n'est pas encore absolument prouvé, que presque tout cela attend au contraire une démonstration précise, et ne saurait par conséquent être donné aux étudiants en médecine comme faisant partie de la science acquise. L'auteur a bien émis çà et là, je le reconnais, quelques sages réserves, en citant les opinions de cliniciens de la plus haute valeur, mais ces quelques paroles sont peut-être un peu trop noyées à mon sens au milieu des conclusions enthousiastes des partisans outrés des théories microbiennes. En somme, le livre de M. Hallopeau est un livre utile, qui sera d'un grand secours à tous ceux qui désireront se mettre au courant des idées nouvelles, et dont le public médical doit être reconnaissant à l'auteur.

L. B.

CORRESPONDANCE

LA RESPONSABILITÉ DES DENTISTES.

Monsieur le Rédacteur,

Un article sur la responsabilité des dentistes en matière d'anesthésie, paru dans le numéro du 6 décembre, me semblait devoir soulever de la part de ces artistes de très vives protestations. Il n'en a rien été. Peut-être partagent-ils mon opinion sur leur irresponsabilité des dé-

cès qui surviennent à l'occasion de l'extraction d'une dent, que cette extraction ait été ou non précédée de l'administration d'un médicament anesthésique. Probablement aussi modifierez-vous votre appréciation si vous songez à la difficulté, pour ne pas dire à l'impossibilité de déterminer, dans ce cas spécial, si la mort du patient doit être attribuée aux manœuvres de l'anesthésie ou à l'extraction de la dent. J'ai connu personnellement un opérateur chez lequel deux personnes ont passé de vie à trépas pendant l'extraction de la dernière molaire et il m'est arrivé de provoquer un état syncopal d'assez longue durée chez des personnes qui sollicitaient l'extraction d'une racine.

Il ne paraît pas douteux que les médecins et autres personnes de l'art médical diplômées (officiers de santé, sages-femmes et doctoresses) aient seul le droit légal d'administrer les agents anesthésiques, mais il est probable que ces praticiens ou praticiennes mettraient un prix élevé à leur intervention, s'ils devaient produire une insensibilisation complète, dont le dentiste pût se contenter, et s'ils étaient responsables des suites possibles de l'état d'insensibilité qu'ils auraient provoqué.

L'anesthésie pour l'extraction des dents *sans douleur* m'a toujours été représentée comme une jonglerie à l'aide de laquelle les dentistes obtiennent des personnes pusillanimes et de caractère incertain une rémunération considérable justifiée par la prestesse qui doit présider aux mouvements d'extraction. Il me semble que l'insensibilisation des gencives produite par la projection d'un gaz, tel que l'oxyde de carbone ou l'acide carbonique, à l'aide de l'appareil de Richardson, satisferait les exigences des peureux et serait d'une innocuité parfaite pour l'opérateur et l'opéré. C'est à une expérience de ce genre que je me propose de sacrifier un siphon d'eau de Seltz et probablement aurai-je des imitateurs, mus par une curiosité qui n'a rien de malsain.

Bien que commettant quelquefois *la faute lourde* d'extraire une bonne dent au lieu et place d'une mauvaise, souvent même l'une et l'autre d'un même coup de clef, le dentiste ne saurait être poursuivi de ce chef en dommages-intérêts, que cette mutilation intempestive provienne d'une erreur de diagnostic ou d'un mouvement imprévu du patient. Le dentiste n'est donc pas un médecin, dans le sens attaché à cette qualification ; le dentiste opérateur est un homme de main, un mécanicien. On ne saurait lui imputer une *ignorance crasse des préceptes de l'art*; car ces préceptes, peu nombreux du reste, s'acquièrent par l'exercice et non par l'étude. La science dentaire n'est pas indispensable à l'exercice de l'art dentaire. Les concierges disent d'un dentiste : c'est un maladroit. Jamais vous ne les entendrez dire d'un dentiste peu généreux : c'est un ignorant.

La responsabilité pécuniaire se mesure au prix dont on a taxé une opération qui comporte des périls. Si l'on adopte cette théorie, elle doit être minime la responsabilité des dentistes qui acceptent d'édenter les membres d'une société de secours mutuels pour la modique somme de 0 fr. 75 centimes. De même, le médecin qui perçoit 10

fr. par certificat médical délivré en vue de contracter une assurance de trente mille francs ne saurait encourir une bien grande responsabilité. Il serait cependant plus profitable d'assumer toute la responsabilité des assurances à contracter en percevant le 1 % sur le capital assuré. Les compagnies y gagneraient bien souvent et aucun de nous ne songerait à céder aux sollicitations trop intéressées des agents d'assurances. Cette question me paraît bien digne des méditations de nos confrères qui pratiquent la philiatrie. C'est pourquoi j'ose vous la soumettre en même temps que mes sentiments respectueux et confraternels.

Dr M. Dupont-Vieux.



FORMULAIRE

De l'alopécie en plaques.

Frictions tous les jours avec la solution suivante :

Teinture de noix vomique	15 gr.
Teinture de cantharides..	10 —
Glycérine...................	10 —
Vinaigre distillé..........	15 —
Eau de roses..............	180 —

Si les cheveux, examinés, montrent à leur base des spores de parasites, on fera de plus un badigeonnage le soir avec :

Bichlorure de mercure	5 centigr.
Eau de roses..........	15 gram.

—

Emploi de l'huile de foie de morue

Moyen pour enlever instantanément la saveur et les renvois qui suivent son ingestion.

Boire, dit M. le docteur Antonin Martin, une bonne gorgée d'eau de clous rouillés ; aussitôt la saveur âcre et rance de l'huile de foie de morue se change en goût d'huîtres fraîches et les renvois si incommodes disparaissent.

S. M.

Solution contre la stomatite mercurielle.

(Zeisel).

Teinture d'iode............	4 gr.
Hydrolat de cannelle.......	50 —
Sirop de cannelle.........	20 —
Eau distillée................	250 —

Mêlez. Pour rincer la bouche, dans le cas de stomatite mercurielle avec salivation abondante, si l'haleine est fétide, on peut remplacer cette solution par le mélange suivant :

Eau chlorée..............	10 gr.
Décoction de guimauve...	300 —
Mill nosat................	40 —

—

Pansement des plaies contuses.

Racine de valériane......	10 gr.
Eau.....................	1 lit.

Faire bouillir une demi-heure ; passez, ajoutez 10 0/0 de la solution phéniquée à 1/20.

La douleur disparaît après l'application de cette décoction, imbibant la compresse de pansement qui doit être renouvelée jusqu'à guérison.

VARIÉTÉS

Cure du cancer. — Un journal portugais de San-Francisco annonce la découverte de la cure radicale du cancer par un medecin brésilien, le Dr Ignacio Alcibiade Vellaso. L'agent qui produit de si merveilleux effets est le suc d'une plante de la famille des Euphorbiacées connue sous le nom d'Alvelas, qui croît dans les bois. On en laisse tomber une ou plusieurs gouttes sur la surface cancéreuse; au bout de 24 heures, on lotionne cette surface avec une infusion de feuilles de tabac, et quelques instants après, on couvre avec de la charpie imbibée d'arnica et d'eau, on laisse au plus 24 heures ; on baigne de nouveau avec l'infusion de tabac. on touche avec le suc de l'alvelas et on continue ainsi de suite jusqu'à ce que la guérison soit obtenue.

Le suc de l'alvelas peut être appliqué chaque jour, et suivi de l'infusion de tabac, sans faire intervenir l'arnica. Dans ce cas, l'action curative est plus rapide, mais l'inflammation est plus intense.

Nous espérons qu'il ne s'agit pas ici d'une de ces précédentes découvertes dont bénéficie seulement la bourse de quelques exploiteurs, aux dépens de trop nombreuses dupes, comme cela a été le cas pour le célèbre condurango. Hemmel.

(*The Western medical Reporter Chicago.*)

Cours complet d'accouchements en 42 leçons. — MM. Bar et Auvard recommencent leur cours le lundi 5 janvier 1885. Le cours a lieu tous les jours à 4 h. 1/2, 5, rue du Pont-de-Lodi. MM. les Etudiants seront exercés aux manœuvres obstétricales.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser soit à M. le Dr Bar, 4, rue St-Florentin, soit à M. le Dr Auvard, 21, rue de Lille, les lundi, mercredi et vendredi à 1 h. 1/2.



REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 décembre 1884. — *Présidence de* M. Alph. Guérin

Élections. — L'Académie nomme M. Schutzenberger membre titulaire dans la section de physique et de chimie, en remplacement de M. J.-B. Dumas.

L'Académie procède à l'élection du vice-président pour 1885. M. Trélat est nommé par 68 voix. M. Trélat remercie l'Académie et rappelle que le comité avait d'abord pensé à M. Verneuil pour la vice-présidence de l'Académie. C'est sur le refus de celui-ci que M. Trélat a été désigné.

M. Proust, secrétaire annuel, et M. Caventou, trésorier, sont renommés par acclamation.

Sur la valeur des opérations plastiques faites sur le palais et sur la détermination de l'âge auquel il

convient de les pratiquer. M. Trélat termine la communication qu'il a commencée dans la dernière séance.

En résumé, M. Trélat croit qu'il est bon de ne pas opérer avant la septième année, et que l'éducation des malades, avant et après l'opération, offre la plus grande importance.

M. Trélat fait une exception pour le bec-de-lièvre, qu'il faut opérer le plus tôt possible ; ses préceptes ne visent que les divisions palatines et staphyliennes.

Certains malades sont sur la limite de la possibilité opératoire, le rapport entre la largeur de la partie à combler et la largeur des parties latérales donne le degré de chance de réussite de l'opération.

M. Trélat n'a perdu aucun de ses 46 opérés.

A 4 heures 45, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des rapports sur les candidats aux titres de correspondant national et de correspondant étranger.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 20 novembre 1884.— Présidence de M. Bouloumié.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend les publications périodiques ordinaires, le *Journal de Médecine de Paris*, le *Journal des Sciences médicales*, etc.

Une lettre du Dr David, de Givors, adressant un travail à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. Commission : MM. Toledano, Larrivé, rapporteur.

M. Duchesne communique son rapport au nom de la commission des membres titulaires. Il y a actuellement 13 places vacantes, et la Société compte un nombre égal de membres associés ; mais la majorité de la commission a été d'avis que le titre de membre titulaire ne fût accordé qu'à ceux des membres associés qui ont pris une part active aux travaux de la société. M. le rapporteur conclut en proposant à la société de nommer membres titulaires : MM. Le Menant des Chesnaies, Dupont et Bourgeois. Après quelques observations de MM. Michel, représentant la minorité de la commission, Campardon, Nicolas, Bouloumié, appuyant l'opinion de M. Duchesne, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées à la majorité des membres présents. En conséquence, MM. Le Menant des Chesnaies, Dupont, Bourgeois sont nommés membres titulaires.

M. Brochin, secrétaire général adjoint, donne lecture d'un travail de M. Regnier, de Surgères, ayant pour titre : *Polype*

extra-utérin. Ablation. Phlébite. Ramollissement cérébral. Guérison. (Sera publié).

M. Larrivé, s'en tenant à la partie chirurgicale du travail de M. Regnier, ne peut pas se rendre compte des difficultés nombreuses qui ont été rencontrées par l'opérateur. M. Larrivé ajoute qu'ayant l'honneur d'assister M. Péan, il a vu pratiquer un très grand nombre d'opérations de ce genre et que jamais il n'a constaté de difficultés telles que celles signalées par M. Regnier, et que la description du polype donnée par l'opérateur même, ne lui semble pas avoir dû provoquer. De plus, en ce qui concerne le traitement consécutif, si M. Regnier avait connu et appliqué la méthode de M. Péan et qui consiste principalement dans l'application pendant huit jours, de glace sur le ventre entouré d'une ceinture de flanelle, il est probable qu'il n'aurait pas eu à constater les fâcheux accidents que relate son observation.

M. Lucien Boyer pense que sa méthode, qui a jusqu'ici donné de si brillants résultats, aurait été dans ce cas d'une application facile; il ajoute : J'ai opéré de cette façon un polype utérin dans le service de M. Gallard à l'Hôtel-Dieu, et je puis dire que, pas plus que les autres fois, mon procédé ne m'a fait défaut. Le polype que j'ai enlevé avait cependant le volume d'un œuf de poule et était entouré par le col au niveau de son plus grand diamètre.

M. Brochin s'associe pleinement aux critiques formulées par MM. Lucien Boyer et Larrivé. Il ne comprend pas les difficultés opératoires.

M. Michel demande que ce travail soit renvoyé à la commission de publications.

M. Gillet de Grandmont estime que ce travail doit être publié en raison même des réflexions qu'il a suscitées au sein de la Société.

M. Toledano demande que, si la commission décide l'impression, le travail soit mis dans le procès-verbal avant la discussion, qu'il a soulevée.

M. Danet fait la communication suivante :

Je prie mes collègues de me permettre de soumettre à la Société de médecine pratique, un fait fort désobligeant qui vient de m'arriver de la part d'un médecin inspecteur de l'Etat civil.

Madame X..., arrivée depuis quelques jours à Paris, pour me consulter au sujet d'une maladie de l'estomac, se repose

pendant quelques jours avant de me voir. Elle apprend tout à coup que le choléra est à Paris. Prise d'une belle frayeur, elle court toutes les pharmacies, y achetant une foule de drogues anticholériques, auxquelles elle se garde bien de toucher cependant. Elle va aux Français où son mari l'entraîne pour la distraire. Elle se trouve mal à son aise et rentre à son hôtel. Le lendemain, son mari la trouve profondément endormie, et ne peut la réveiller; il vient me chercher et je vois la malade à 4 heures du soir.

Mme X... est plongée dans un espèce de sommeil comateux dont elle ne sort que pour avoir des nausées et des vomiturations; le pouls, très petit, est à 120, la face très rouge. Elle me parle, d'abord difficilement et se réveille enfin pour retomber dans le coma ; la langue est fortement saburrale ; il n'y a pas de garde-robes.

Elle n'a rien pris depuis la veille, et encore avait-elle à peine dîné.

J'ordonne un émétique (Ipéca 2 gr.).

La malade vomit deux fois, retombe dans le coma et meurt sur le vase de nuit d'où elle tombe.

Sur mon certificat de décès, je déclare que Mme X. est morte des suites *probables* d'une congestion séreuse (dans ces sortes de certificats, j'ai toujours soin d'ajouter le mot probable à mon diagnostic, l'autopsie n'étant pas faite).

Quel fut mon étonnement le lendemain ou le soir même d'être apostrophé par le mari me reprochant que sa femme étant morte d'une syncope du cœur, j'avais méconnu que sa malheureuse épouse était affectée d'une maladie du cœur. Sa fin le prouvait.

C'était le médecin des morts qui avait déclaré que Madame X... n'avait pas eu de congestion, mais qu'elle était morte des suites d'une syncope du cœur.

Ce fait se passe de commentaires. J'ai simplement voulu avertir mes confrères, vu que ce n'est pas la première fois que pareil fait se présente.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire annuel,
Dr LARRIVÉ.



TABLE DES MATIÈRES

VOLUME VII, 1884

JUILLET 1884 à JANVIER 1885

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

Le Gérant : Dr A. LUTAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour journaux et Revues.

